Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

An Intervention Program for Women Who Were Sexually Victimized in Childhood or Adolescence

FINAL REPORT

Derek Jehu

89-03904/

An Intervention Program for Women Who Were Sexually Victimized in Childhood or Adolescence

FINAL REPORT

Derek Jehu

Published by authority of the
Minister of National Health and Welfare

Reprinted by the National Clearinghouse on Family Violence
Family Violence Prevention Division
Social Service Programs Branch
Health and Welfare Canada

Supported by National Welfare Grant
No. 4556-1-12 from the Department of National Health and Welfare, Canada

March, 1987

CONTENTS

Introduction 4

Problem and Objectives 4

Service Setting 5

Duration of Project 6

Project Staff 6

Publications 6

Presentations and Workshops 7

Overview of Treatment Manual 7

Part 1. Description of Clients. 8

Part 2. Principles of Assessment, Treatment and Evaluation. 9

Part 3. Mood Disturbances. 10

Part 4. Interpersonal Problems. 12

Part 5. Assertiveness Training Group. 14

Part 6. Situation/Transition Group for Partners. 15

Part 7. Sexual Dysfunctions. 15

Part 8. Stress Disorders. 16

Part 9. Therapy with a Male Partner Who Was Sexually Victimized. 17

Part 10. Therapy With a Victim in a Lesbian Relationship. 17

Part 11. Consumer Evaluation of Program. 18

Recommendations for Further Research 18

Male Victims. 18

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. No. H72-21/9-11-1989E
ISBN 0-662-16660-4

Partners. 25

Sequencing Target Problems. 27

Group Treatment. 28

Gender of Therapist 29

Conclusion 30

References 32

Appendices 34

As requested by the National Department of Health and Welfare this report is written in conjunction with a manual for therapists who may wish to draw upon the findings of the University of Manitoba (U. of M.) program for their own practice. All the empirical data and clinical procedures that may be useful for this purpose are described in the manual (see overview below) rather than this report, and as the length of the manual may limit its free distribution the following book has been written and is currently being typed:

Jehu, D. Therapy with women who were sexually abused in childhood. (in association with Marjorie Gazan and Carole Klassen)

Problem and Objectives

The evidence reviewed in Appendix A indicates that the sexual abuse of children has been shown to be a not uncommon occurrence in several countries including Canada, and an unknown proportion of child victims experience psychosocial problems in adulthood that appear to be related to their previous abuse and its surrounding circumstances (Appendix B).

When the proposal for the U. of M. program was submitted to National Department of Health and Welfare there was very little information available on the prevalence and nature of these psychosocial problems among women seeking therapy, and one objective of the program was to begin to fill this gap in

knowledge. Similarly, there had been only very sparse and sporadic reports of interventions for these problems in the literature, consequently another objective of the U. of M. program was the sustained and comprehensive development of a treatment package with adequate evaluation of its effectiveness. Thus, the specific objectives of the project were stated in the proposal as follows:

"1. To alleviate the emotional, interpersonal, and sexual problems associated with childhood sexual victimization in a series of adult women who have sought treatment for these problems.

2. To increase knowledge of the nature of such problems among victims.

3. To further develop and refine an intervention package for use with this client group.

4. To evaluate the effectiveness of the package when used with this group."

Service Setting

The program was conducted in the Psychological Service Center at the University of Manitoba, which was established in 1969 as a training facility for Bachelor's and Master's students in social work, and doctoral students in clinical psychology. Approximately 400 clients from the community are treated in the center each year.

Duration of Project

The clinical work in the project was undertaken over a three year period from 1 October, 1983, to 30 September, 1986, and the final report and treatment manual were to be submitted by 31 March, 1987.

Project Staff

The grant holder and principal investigator was Professor Derek Jehu F.B.Ps.S., Ms. Marjorie Gazan R.P.N., B.A., M.S.W., and Ms. Carole Klassen M.S.W. were employed as research therapists, and Ms. Jane McCallum B.A. was the secretary to the project. Additionally, the following M.S.W. students participated in the clinical work of the project as part of their graduate training: Ann Doige, Reid Hartry, Rosemary Popescul, Gisele Rouillard, and David Schwab.

Publications

At the time of writing the following preliminary articles and chapters based on the project have been published:

Jehu, D., Gazan, M., & Klassen, C. (1984/5). Common therapeutic targets among women who were sexually abused in childhood. Journal of Social Work and Human Sexuality, 3, 25-45.

Jehu, D., Klassen, C., & Gazan, M. (1985/6). Cognitive

restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse. Journal of Social Work and Human Sexuality, 4, 49-69.

Jehu, D., Gazan, M., & Klassen, C. (1985). Common therapeutic targets among women who were sexually abused in childhood. In M. Valentich & J. Gripton (Eds.) Feminist perspectives on social work and human sexuality. New York: Haworth.

Jehu, D., Klassen, C., & Gazan, M. (1986). Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse. In J. Gripton & M. Valentich (Eds.) Social work practice in sexual problems. New York: Haworth.

Now that the project is completed the book mentioned above has been written and several other articles are in preparation to report the results.

Presentations and Workshops

Those given to date are shown in Appendix C, and among those planned are papers to the European Conference on Child Abuse and Neglect in Rhodes, Greece, in April, 1987, and to the Third National Conference on Family Violence Research in Durhan, N.H., in July, 1987.

Overview of Treatment Manual

The contents of the 11 parts of this manual are summarized below.

Part 1. Description of Clients

Fifty one victims and 21 partners were treated in the program, and 10 of these victims terminated therapy prematurely for the reasons given in this part of the manual. The sources from which the victims were referred and the selection criteria for the project are described, together with data on the victims' demographic characteristics, families of origin, sexual abuse experiences, presenting problems, and previous treatment. This information is illustrated by case vignettes on nine of the victims.

The demographic characteristics reported are (a) age at commencement of treatment in the U. of M. program, (b) marital status, (c) educational level, (d) occupational group, (e) ethnicity, and (f) religion.

The families of origin are described in terms of (a) the relationships between parental figures, (b) the role and characteristics of father figures, (c) the role and characteristics of mother figures, and (d) the effectiveness of the parenting provided.

Data is presented on (a) the chronology of the sexual abuse experiences, (b) the sexual acts involved, (c) the relationship of the offender to the victim, (d) her reactions to the abuse, and (e) the circumstances of secrecy or

disclosure that accompanied it.

Prevalence rates for the presenting problems are reported in the general categories of (a) mood disturbances, (b) interpersonal problems, (c) sexual dysfunctions, and (d) stress disorders.

Part 2. Principles of Assessment, Treatment, and Evaluation

The principles of assessment that were applied in the U. of M. program are described in the stages of (a) preliminary interviews, (b) initial assessment interviews, (c) negotiating treatment objectives, and (d) the assessment and formulation of target problems, including the use of interviews, questionnaires, and client self-monitoring in multiple method and multiple informant assessment schemes.

The components of treatment are conceptualized in terms of general therapeutic conditions and more specific procedures, the latter being discussed in parts 3 to 10 of the manual. The general therapeutic conditions reviewed in this part are (a) the therapeutic relationship, (b) prognostic expectancy, (c) exploration and disclosure, (d) acceptance and support, (e) empathic understanding, (f) causal explanation, (g) repeated exposure, (h) therapist influence, (i) replication, (j) instigation, and (k) networking. Next, the process of treatment is described in the stages of (a) planning treatment, including decisions concerning the therapist(s), the client(s), the timing, and the procedures, (b) implementing treatment,

including resistances that are likely to be encountered, and (c) the termination of treatment.

The purposes of evaluation are stated as (a) providing feedback to clients, (b) indicating any necessity for revision of treatment, and (c) demonstrating the effectiveness of the intervention. The objectives of treatment are specified in terms of actual events. An appropriate selection of the assessment methods mentioned above is administered at suitable intervals throughout the assessment, treatment, and follow up periods. The results of these repeated measurements are reported and analyzed in case studies, time-series designs, and the one group pretest-posttest design. These results are evaluated according to the criteria of (a) the importance - or clinical significance - of any improvements, (b) the proportion of clients who improve, (c) the breadth of the therapeutic changes, (d) the durability of improvements, and (e) client satisfaction. Because of the lack of systematically evaluated interventions with previously sexually abused women a treatment package strategy was adopted in the U. of M. program.

Part 3. Mood Disturbances

Very high prevalence rates for low self esteem, feelings of guilt, and depressive episodes are reported for victims. It is hypothesized that one important source of these mood disturbances is certain distorted beliefs associated with their sexual abuse that are held by many victims.

The assessment procedures used for mood disturbances are (a) interviews, (b) instant replay, (c) remote recall, (d) roleplay, (e) induced imagery, (f) confrontation, (g) recording by victim, (h) Belief Inventory, (i) Beck Depression Inventory, (j) Battle Self Esteem Inventory, and (k) Hudson Index of Self Esteem.

Cognitive restructuring is employed to correct the victim's distorted beliefs and to alleviate their mood disturbances. This procedure involves (a) explaining its rationale to clients, (b) identifying the victim's beliefs, (c) recognizing any distortions in them, and (d) exploring more accurate alternative beliefs.

Victims commonly believe that they were responsible for their own abuse because (a) they complied with the offender's demands, (b) they kept the abuse secret, (c) they were seductive, (d) they asked questions about sexual matters, (e) they experienced physical pleasure during the abuse, (f) it gave them emotional pleasure, or (g) they gained material benefits. Alternatives to these self-blaming beliefs are explored and the inability of a child to give an informed consent is noted.

Other self-blaming beliefs commonly held by victims involve the exoneration of the offender because (a) he was providing sex education, (b) he did it for the child's gratification, or (c) to enhance their relationship, (d) he was

sexually frustrated, or (e) under the influence of alcohol, or (f) "sick". Alternatives to these beliefs are explored and a more balanced explanation of why men abuse children is described.

Many victims hold beliefs of a self-denigratory nature including that they are (a) worthless and bad, (b) different from other people, (c) stigmatized by others, (d) inadequate and inferior, and (e) subordinate to others in respect of personal rights. Victims may be especially prone to such beliefs because they hold certain dysfunctional attitudes that involve basing their self esteem (a) on the approval of others, (b) on being loved by someone else, or (c) on their accomplishments. The correction of these distorted beliefs and dysfunctional attitudes is discussed.

The problems and assessment and treatment procedures reviewed in this part of the manual are illustrated in two case reports, and the outcome of treatment for a series of 36 victims is described in terms of (a) the chronology of the intervention (b) the clinically and statistically significant improvements in distorted beliefs, (c) the clinically and statistically significant improvements in mood disturbances, (d) the beneficial side effects on marital relationships and sexual functioning, and (e) the victims' very positive evaluation of the treatment they received.

Part 4. Interpersonal Problems

The common themes of isolation, insecurity, discord, and inadequacy are identified in the interpersonal relations of victims. More specifically, their relations with men are characterized by insecurity, anger, subordination of the victim, promiscuity and oversexualization. Additionally, victims may be especially vulnerable to rape in adulthood and to involvement in prostitution. Discord is prevalent in the marital relationships of victims, and their partners are often exploitive and overdependent. Some victims are disparaging and angry towards other women. The parenting capacities of most victims are very satisfactory but a proportion are inadequate in this respect, in some cases extending to physical abuse. Finally, the relations of many victims with their families of origin are characterized by (a) exploitation and scapegoating of the victim, (b) anger and grief reactions on her part, and (c) her loyalty towards and idealization of the family.

The procedures used to assess interpersonal problems are (a) interviews, (b) Belief Inventory, (c) Hudson Index of Self Esteem, (d) Assertion Inventory, (e) Fear Survey, (f) Dyadic Adjustment Scale, (g) Marital Relationship Questionnaire, (h) reconstructive techniques, (i) confrontation, (j) recording by victim and partner, and (k) Target Complaint Scales.

Among the general therapeutic conditions discussed in Part 2 the following are especially important in the treatment of interpersonal problems (a) acceptance and support, (b) empathic

understanding, (c) replication, (d) instigation, and (e) networking. More specific procedures used in this treatment include (a) cognitive restructuring, (b) assertiveness training, (c) stress management, (d) communication training, (e) problem solving, and (f) anger control.

The interpersonal problems and assessment and treatment procedures discussed in this part of the manual are illustrated by 15 case examples.

Part 5. Assertiveness Training Group

Many victims tend to be passive and subservient individuals who lack assertive skills. With the aim of promoting these skills an assertiveness training group was provided for five victims who were also receiving individual or couple therapy in the U. of M. program. The group met for 10 sessions with a male and a female therapist.

The procedures used to assess assertiveness are (a) interviews, (b) Target Complaint Scales, (c) Assertion Inventory, (d) Hudson Index of Self Esteem, and (e) a client satisfaction questionnaire.

The treatment procedures involve (a) modeling, (b) behavioral rehearsal, (c) cognitive restructuring, (d) structured exercises, (e) didactical and printed materials, and (f) homework assignments.

The group appeared to facilitate assertive responses among the participants and to increase their understanding and

acceptance of their own personal rights, although they still tended to experience some discomfort when behaving assertively. Their evaluation of the group program was generally positive.

Part 6. Situation/Transition Group for Partners

In the section on partners in the recommendations for further research below a range of problems experienced by these individuals is summarized. With the aims of clarifying and alleviating some of these difficulties a group was instituted for eight partners who were also receiving couple therapy with their victim spouses in the U. of M. program. The group met for 15 sessions with a male and a female therapist.

The intervention was conceptualized and conducted as a situation/transition group which addressed issues including the partners' (a) feelings of having been victimized vicariously, (b) sense of deprivation, confusion, and loss of control in their marriage, including its sexual and communication aspects, (c) anger toward the offenders, and (d) negative self concept and mood of depression. The evaluation of the group by the participants was generally positive.

Part 7. Sexual Dysfunctions

Almost all the victims in the U. of M. program reported at least one of the following sexual dysfunctions: (a) sexual phobia/aversion, (b) sexual dissatisfaction, (c) impaired sexual motivation, (d) impaired sexual arousal, (e) impaired orgasm, (f) dyspareunia, and (g) vaginismus.

The causes of these dysfunctions are categorized as (a) organic factors, (b) mood disturbances, (c) interpersonal problems, and (e) sexual stresses.

The sexual functioning of victims is assessed by (a) medical examination, (b) interviews, (c) Sexual History Form, (d) Index of Sexual Satisfaction, (e) Sexual Arousal Inventory, (f) Sexual Relationship Questionnaires, (g) reconstructive techniques, (h) confrontation, (i) recording by clients, (j) Target Complaint Scales, and (k) card sorts.

Any organic factors that may be contributing to sexual dysfunction require appropriate medical or surgical interventions. Mood disturbances and interpersonal problems are treated according to Parts 3 and 4 of the manual respectively. Sexual stresses are addressed with cognitive restructuring and training in coping skills including (a) relaxation, (b) thought and image stopping, (c) coping plans, (d) guided self dialogue, (e) imagery rehearsal, (f) roleplaying, and in vivo exposure.

The sexual dysfunctions and the assessment and treatment procedures that are summarized above are exemplified in three case studies.

Part 8. Stress Disorders

The nature and prevalence among victims of the following stress disorders are discussed: (a) Anxiety disorders, (b) sleep disorders, (c) obsessive-compulsive disorders, (d)

dissociative disorders, and (e) post-traumatic stress disorder. Each of these categories is illustrated with case material.

Part 9. Therapy With a Male Partner Who Was Sexually Victimized

The sexual abuse of boys is reviewed in the section on male victims in the recommendations for further research below. The U. of M. program was restricted to female victims but the male partner of one of these women disclosed his own sexual abuse to their therapist who treated him outside the research series but using a similar approach. This seemed to be a viable and effective intervention as shown in this part of the manual.

Part 10. Therapy With a Victim in a Lesbian Partnership

The available evidence is such that it is not possible to reach any reasonable conclusion on whether victims are more likely than non-victims to be homosexually oriented in adulthood.

In the interests of the homogeneity of the U. of M. series one of the selection criteria was that victims should be predominantly heterosexually oriented, but several of those accepted subsequently expressed some confusion about their orientation during therapy.

Most homosexually oriented women who sought treatment in the program were helped to obtain therapy elsewhere. Only one established lesbian couple applied and they were treated by one

of the program therapists but outside the research series. The apparently successful treatment of this couple is described in this part of the manual.

Part 11. Consumer Evaluation of Program

All those victims who did not drop out of treatment prematurely completed the Client Satisfaction Questionnaire at termination of therapy. Their responses to the questions on this instrument concerning the program as well as their additional comments are overwhelmingly positive. These comments also identify some specific beneficial aspects of the program and contain some recommendation for its extension.

Recommendations for Further Research

Male Victims

The treatment program and empirical findings described in the manual are restricted to women who were sexually abused in childhood but further investigation of their applicability to previously sexually abused men is highly desirable. Male victims of sexual abuse are relatively neglected in the professional literature and the provision of programs. One reason for this oversight may be that a major source of the current attention to child sexual abuse is the women's movement which has been especially concerned about the plight of female victims. There is also some societal reluctance to recognize abused boys as victims rather than willing participants in sex

encounters. Furthermore, the boys may be held responsible for their abuse because they did not resist physically as "a real boy would have done", or they prostituted themselves by receiving material rewards for sex, or they had identified themselves as homosexual prior to being abused (Rogers & Terry, 1984). Clearly, none of these putative reasons for blaming the victim constitute an adequate argument for lessening or removing the responsibility from the adult offender.

Prevalence. That the sexual abuse of boys is certainly not a rarity is evident from those studies reviewed in Appendix A which included data on male victimization. In Lewis's (1985) sample from the entire United States, 16% of 1,252 men reported having been sexually abused during childhood. The national population survey in Canada revealed that 12 % of 1002 males had undergone an unwanted touching of "a sex part" of their bodies and 10% had experienced an attempted or actual sexual assault. More than 80% of the male victims were aged under 18 years when they were first sexually abused. (Sexual offenses against children in Canada, 1984). Among a nationally representative sample of 970 males in Britain, 8% reported that they had been sexually abused before the age of 16 (Baker & Duncan, 1985). Thus, in terms of numbers alone there is ample justification for substantial professional attention to the problems and treatment of male victims.

Sexual acts. In the Canadian national population survey

(Sexual offenses against children in Canada, 1984) the commonest sexually abusive acts against males under 16 years were: (a) fondling/touching of the genital area (12%), (b) fondling/touching of breasts, buttocks (3%), (c) oral-genital sex (2%), (d) attempted anal penetration with penis (1%), and (e) anal penetration with penis (0.6%).

Offenders. Data from the U.S.A. (Finkelhor, 1984) and Canada (Sexual offenses against children in Canada, 1984) strongly indicates that sexual offenders against boys are overwhelmingly male rather than female. For example, in the Canadian national population survey only 3% of offenders against boys were female. The fact that most offenders against boys are men does not imply that these men are necessarily homosexual. Many are heterosexual and some are pedophiles with no interest in adult males (Newton, 1978).

The available evidence suggests that boys are more likely than girls to be sexually abused by non-family members, especially by someone who is known to the child such as a family friend, neighbor, teacher, or baby-sitter rather than a complete stranger (Baker & Duncan, 1985; Finkelhor, 1984).

Families of origin. Sexually abused boys are also more likely than sexually abused girls to come from poor and single parent families, and to be victims of physical as well as sexual abuse (Finkelhor, 1984).

While the reactions of parents to the abuse of their child

are generally similar for both male and female victims, on the basis of their clinical experience Rogers and Terry (1984) report two related reactions that are particularly common among the parents of abused boys. One of these reactions is to deny or minimize the victimization because of the parent's need to defend against their own feelings concerning homosexuality. The second reactions is a pronounced fear that the boy will grow up to be homosexually oriented as a result of the abuse experience.

Psychosocial adjustment in adulthood. The only aspects of the psychosocial adjustment in adulthood of males who were sexually abused as children that have received any attention in the literature are homosexuality, violence, and sexually abusive behavior, and these are reviewed below. Very limited experience with male victims treated outside the U. of M. program indicates that they experience many of the mood disturbances, interpersonal problems and equivalent sexual dysfunctions (e.g. Part 9 of manual) that are common among female victims in treatment. Thus more comprehensive and thorough investigation of the adjustment difficulties of male victims is called for.

Some evidence on an alleged association between child sexual abuse and later homosexuality in male college students is presented by Finkelhor (1984) who found that those who had been abused by older men were more than four times as likely to

be currently engaged in homosexual activity than those who had not been so abused, and almost half of the abused males were currently involved in homosexual activity. The association between homosexual experiences in childhood held only in respect of such experiences with much older males and not for similar experiences with peers.

Several possible reasons for an association between child sexual abuse and adult homosexuality have been suggested (Finkelhor, 1984; Rogers & Terry, 1984). Some boys might experience homosexual interest and curiosity at an early age which may render them vulnerable to exploitation by older predatory males. Boys who have been abused by an older man may label themselves as homosexual inappropriately because (a) they were attractive partners to him, (b) they did not physically resist his advances, (c) they engaged in homosexual acts with him, and (d) they experienced erotic pleasure during the encounter. If for any of these or other reasons a boy labels himself as homosexual then he may adopt this role and lifestyle, and such self-labeling may be reinforced by parents or peers who make similar misjudgments of the boy's reactions to the abuse and his sexual orientation.

Although systematic evidence is currently lacking it may be that sexually abused boys are prone to engage in violent behavior in later life and in this respect they may differ from most female victims. Several possible reasons have been

advanced for this alleged tendency towards aggressive behavior. It may be an attempt to resolve doubts and confusion about their sexual identity through overidentification with a stereotypical machismo image which serves to reassure the male about his masculinity and to convince others of this. It may counter feelings of powerlessness that were evoked during the abuse and be a means of protection against any revictimization. It may reflect a hatred of women derived from the victim's perception of his mother as unprotective and uncaring, which may also contribute to the sexually abusive behavior that is discussed next.

A number of studies have found that substantial proportions of sexual offenders against children were themselves the victims of sexual abuse in childhood. For example, 32% of 106 child molesters reported some form of early sexual trauma compared to 3% of 64 police officers (Groth & Burgess, 1979), and Langevin, Handy, Hook, Day, and Russon (1983) found that incest offenders were five times more likely to have experienced sexual abuse as children compared to non-offender controls. Such results do not of course mean that all male sexual abuse victims become sexual abusers, and at present, it is not known what proportion of victims do so or what factors influence whether this happens (Finkelhor, 1986). Sgroi (1982) comments as follows on adolescent males who are both current abusers and previous victims: "We have seen

adolescent males, who were themselves previous victims of sexual abuse by a male perpetrator, engaging their sisters and younger children, both male and female, in sexual behavior. Much of this sexual behavior appeared to be in the service of a need to control or dominate another person, rather than to satisfy a sexual need: Much of this type of sexual behavior was abusive in fact as well as in name; force or intimidation was used with agemates as well as with younger children and trauma to the victim would often result" (p. 31). The need to control or dominate another person mentioned in this quotation may sometimes represent an attempt by the offender to master the helplessness and hurt of his own victimization by re-enacting similar experiences with himself in the position of power, although no doubt many other factors also contribute to the sexually abusive behavior of men who were themselves abused in childhood.

Treatment. Despite the paucity and inadequacy of the evidence that is currently available it seems clear that some men experience psychosocial problems that are related to child sexual abuse and associated family experiences. There does not appear to be any intervention programs for this client group reported in the literature and this is a very significant gap, especially in view of the alleged propensity of some of these men to engage in violent or sexually abusive behavior. The effective treatment of these and other problems associated with

child sexual abuse in males might prevent the victimization of other people and reduce the transmission of sexual abuse across generations.

It seems likely that some of the procedures used in the U. of M. program with previously sexually abused women might be helpful with male victims. For example, feelings of guilt and low self esteem might be alleviated by the cognitive restructuring of distorted beliefs concerning responsibility for the abuse or sexual orientation, and violent behavior might be mitigated by procedures such as anger control and assertiveness training. Thus, it seems worthwhile to develop and evaluate appropriate aspects of the U. of M. program with men who were sexually abused in childhood and who present with problems associated with this earlier experience.

Partners

A number of problems relating to the victims' partners were encountered in the U. of M. program.

Discord between victim and partner occurred in all couples, often arising from (a) the exploitation, oppression, and sometimes physical abuse of the victim by the partner, (b) the overdependence of the partner on the victim, and (c) the dissatisfaction and distress of the partner concerning certain aspects of the relationship.

This last source of discord sometimes stemmed from the implications of the victim's problems for her partner; for

example, her mistrust of all men, or her difficulties in participating and responding in a sexual relationship. Partners also often found it hard to understand, accept, and adapt to certain changes in their spouse during treatment, such as enhanced self-esteem, desire for growth as an individual, reallocation of roles in the relationship, or increased assertiveness. For these and other reasons some partners felt (a) that they were vicarious victims, (b) deprived and confused in their relationship with the victim, (c) angry and hostile toward the offender, and (d) negative about themselves and depressed in mood.

Another problematic area was the role of the partner in therapy. Some victims did not want their partner to participate, and some partners refused to do so, in either case it was difficult to deal satisfactorily with interpersonal and sexual problems that involved both spouses. Even when partners did attend sessions, typically they perceived this as helping the victim to resolve her problems - a role they had often fulfilled over many years - and were very resistant to entering the client role themselves despite the relationship and individual problems they might be experiencing. Finally, because the victim had presented as the identified client with a wide range of very distressing problems requiring prompt and intensive intervention, she had been the primary focus of therapy at least in its earlier stages. This made it difficult

for the therapist to give adequate attention to the partner, who tended to think also that it would be inappropriate, unfair, and therapeutically damaging to expect the victim and therapist to yield therapeutic time to his concerns. Some useful light is cast on this issue by the comments of the partner quoted in Part 10 of the manual.

It is partly as a result of this partner's experiences quite early during the U. of M. program that regular individual sessions and a situation/transition group for partners were added to the other interventions with couples that are discussed in part 4 of the manual. This range of interventions and the many other complex partner-related issues reviewed in this section call for more extensive and rigorous investigation.

Sequencing Target Problems

In the U. of M. program the most usual order of treatment for the major target problems was mood disturbances, interpersonal problems, and sexual dysfunctions, although this was subject to the guidelines listed in part 2 of the manual and other high priority problems sometimes required previous or concurrent attention. There are several reasons for sequencing the target problems in this way. Prima facie, it seems appropriate to correct the self-blaming and self-denigratory beliefs that are rooted in the past sexual abuse in order to relieve the victim of this burden before she attempts to

resolve her current interpersonal and/or sexual problems. There are indications also that the successful treatment of sexual dysfunction usually requires the prior alleviation of mood disturbances and marital discord (part 7 of manual). Finally, treatment focussed upon mood disturbances is not infrequently accompanied by the resolution of marital and/or sexual problems so that further specific marital or sex therapy is not necessary (part 3 of manual). Thus, the order in which the target problems were most usually treated in the U. of M. program seems quite appropriate but more systematic exploration of the feasibility and efficacy of this and alternative sequences would be worthwhile, in particular in order to determine whether the duration of therapy could be reduced without detriment to its effectiveness.

Group Treatment

The primary formats in the U. of M. program were individual or couple therapy although some victims participated also in an assertiveness training group. These participants subsequently advocated the inclusion of some form of group experience in the program, and the potential advantages of this are noted in part 2 of the manual. Thus, it seems desirable to consider the provision of group therapy in programs for victims.

Among the many treatment planning issues that this raises is whether such therapy should be an alternative or an adjunct

to the individual or couple formats. Some victims are unsuitable or unwilling to attend and participate in a group, and there may not be enough victims available to institute a group at a particular point in time, therefore it is important to keep open the options of individual or couple therapy for those who need or prefer them. There is also the question of whether some victims can obtain sufficient attention and support to meet their individual needs in a group context (e.g. Herman & Schatzow, 1984). On the other hand, to the extent that group treatment can replace individual or couple therapy then this may conserve scarce professional resources. In conclusion, comprehensive and rigorous inquiries are needed into how group treatment can best be provided in programs for previously sexually abused women and their partners.

Gender of Therapist

The individual and couple therapy in the U. of M. program was in most cases conducted by a female therapist, consequently the only information available on the influence of the therapist's gender comes from the participants in the assertiveness group who found the presence of the male co-therapist to be helpful to them. Some possible advantages and disadvantages of female and male therapists respectively are reviewed in part 2 of the manual and it is concluded as working hypotheses (a) that the balance is generally in favour of females, although (b) the involvement of a male is desirable

when the victim is experiencing difficulties in her relations with men, and (c) the provision of male-female co-therapy teams is worth considering, especially when the victim's partner is participating in therapy. These and related hypotheses concerning the gender of the therapist(s) merit systematic investigation, at least because the available pool of therapists is larger if it does not need to be restricted to females.

Conclusion

It seems reasonable to say that the treatment package used with mood disturbances in the U. of M. program has been shown to be feasible, acceptable, and effective for many victims, although it could usefully be replicated in other clinical settings. The packages used with interpersonal problems and sexual dysfunctions, while apparently promising, are not yet as well established and still require further development and evaluation.

Once a package is shown to be an effective treatment for specific problems in particular clients then several other clinical research issues arise including:

(a) What are the necessary and sufficient components in the package that contribute to its efficacy? Once these crucial ingredients are identified then the package can be refined by optimising these ingredients and eliminating those that are unnecessary.

(b) What is the effect on the efficacy of the package of varying certain parameters such as its duration or the spacing of sessions? This information can be used to increase the efficiency of delivery.

(c) What is the effect on the efficacy of the package of varying the clients or therapists? The extensions to male victims or to groups of victims, and the inclusion of male therapists, that are discussed above are examples of research topics in this category.

(d) How effective is the package compared to other treatment approaches? Only when a package has been shown to be effective is it worthwhile mounting comparative studies that usually require considerable resources.

Thus, like all research, the U. of M. program is just one step in an ongoing process of inquiry that progressively will improve the quality of help that can be offered to the many troubled victims of child sexual abuse.

REFERENCES

Baker, A.W., & Duncan, S.P. (1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. Child Abuse and Neglect, 9, 457-467.

Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: New theory and research. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1986). Abusers: Special topics. In D. Finkelhor, A Sourcebook on child sexual abuse (pp. 119-142). Beverly Hills: Sage.

Groth, N.A., & Burgess, A.W. (1979). Sexual trauma in the life histories of rapists and child molesters. Victimology, 4, 10-16.

Herman, J., & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. International Journal of Group Psychotherapy, 34, 605-616.

Langevin, R., Handy, L., Hook, H., Day, D., & Russon, A. (1983). Are incestuous fathers pedophilic and aggressive? In R. Langevin (Ed.), Erotic preference, gender identity and aggression. New York: Erlbaum Associates.

Lewis, I.A. (1985). [Los Angeles Times Poll #98]. Unpublished raw data.

Newton, D. (1978). Homosexual behavior and child molestations: A review of the evidence. Adolescence, 13, 29-43.

Rogers, C.M., & Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. In I.R. Stuart & J.G. Greer

(Eds.). Victims of sexual aggression: Treatment of children, women and men (pp. 91-104). New York: Van Nostrand Reinhold.

Sexual offences against children in Canada (1984). Two Volumes. Ottawa, Supply and Services, Canada.

Sgroi, S.M. (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Lexington, MA: Heath.

APPENDIX A

Extract from Jehu, D.

Therapy with women who were sexually abused in childhood

Until quite recently the sexual abuse of children was generally regarded as a rare occurrence and reports of it happening tended to be attributed to Oedipal fantasies (Masson, 1984; Rush, 1980). We know now that it is not uncommon and that many reports are only too real rather than imagined. The purpose of this chapter is not to review the evidence on the prevalence of sexual abuse in detail (see Peters, Wyatt, & Finkelhor, 1986; Russell, 1986) but to present some of the best established findings on its occurrence among females in the United States of America, Canada, and Great Britain, as contextual background for later discussion of the nature of sexual abuse, the psychosocial problems that are sometimes associated with it, and the treatment of these problems in adult women.

Prevalence in the U.S.A.

The only study based on a random sample of the population of the entire United States was conducted by Lewis (1985). The knowledge, attitudes, and personal experiences of 1,374 females concerning child sexual abuse were surveyed in a telephone interview lasting half an hour. Some form of sexual abuse during childhood was reported by 27% of these subjects.

Two other studies have been conducted with random samples drawn from more restricted populations. In San Francisco, Russell (1983, 1986) obtained a samples of 930 women which

represented a 50% response rate. A face to face interview lasting an average of 1 hour 20 minutes was conducted with each respondent. In Los Angeles County, Wyatt (1985) obtained a sample of 248 women which represented a response rate of 55%. Each respondent was interviewed on a face to face basis for between 3 to 8 hours.

In Russell's study "extrafamilial child sexual abuse was defined as one or more unwanted sexual experiences with persons unrelated by blood or marriage, ranging from petting (touching of breasts or genitals or attempts at such touching) to rape, before the victim turned 14 years, and completed or attempted forcible rape experiences from the ages 14 to 17 years (inclusive) ... intrafamilial child sexual abuse was defined as any kind of exploitive sexual contact that occurred between relatives, no matter how distant the relationship, before the victim turned 18 years old. Experiences involving sexual contact with a relative that were wanted and with a peer were regarded as nonexploitive, for example, sex play between cousins or siblings of approximately the same ages. An age difference of less than five years was the criterion for a peer relationship." (1983, pp. 135-136). Originally, Wyatt used a slightly different definition of extrafamilial abuse but she has recalculated her prevalence rates according to Russell's definition and has reported the rates for both studies (Wyatt & Peters, 1986a) as shown in Table 1.1.

Thus, in summary, the prevalence rates for all forms of child sexual abuse among females in the United States are variously reported as 54% by Russell, 53% by Wyatt and Peters, and 27% by Lewis. Some possible reasons for this variation in rates are discussed in the conclusion to this chapter but it seems clear that sexual abuse is experienced by a substantial proportion of American women.

Table 1.1

Prevalence of Child Sexual Abuse in San Francisco (Russell, 1983) and Los Angeles (Wyatt and Peters, 1986a)

	San Francisco		Los Angeles	
	n	%	n	%
Contact Abuse				
Intrafamilial:				
Up to age 13	109	12	42	17
Up to age 17	152	16	51	21
Extrafamilial:				
Up to age 13	189	20	57	23
Up to age 17	290	31	69	29
Intrafamilial and/or extrafamilial:				
Up to age 13	258	28	89	36
Up to age 17	357	38	104	42
Contact and Noncontact Abuse Combined				
Up to age 13	450	48	117	47
Up to age 17	594	54	131	53

Note. The data in columns 1 to 4 are from "Issues in the Definition of Child Sexual Abuse in Prevalence Research" by

G.E. Wyatt and S.D. Peters, 1986 Child Abuse and Neglect, 10, p. 237. Copyright 1986 by the Pergamon Press. Adapted by permission.

Prevalence in Canada

A random sample of 1006 women drawn from the national population of Canada completed a questionnaire that was delivered and collected by a member of the survey staff. These respondents constituted a response rate of approximately 94%. An unwanted touching of a "sex part" of their body was reported by 23% of the respondents and 22% said that someone had tried to have sex with them when they did not want this or that they had been sexually attacked. The unwanted sexual acts in both these categories occurred in approximately two-thirds of cases when the victims were aged under 18 years, and in one-third when they were aged under 14 years (Sexual Offences Against in Canada, 1984). Thus, sexual abuse involving physical contact was experienced during childhood by a substantial proportion of Canadian women.

Prevalence in Great Britain

In Britain, Baker and Duncan (1985) studied a nationally representative sample of 1049 women each of whom was interviewed on a face to face basis. They were asked if they had ever been sexually abused according to the following definition: "A child (anyone under 16 years) is sexually abused

when another person, who is sexually mature, involves the child in any activity which the other person expects to lead to their sexual arousal. This might involve intercourse, touching, exposure of the genital organs, showing pornographic material or talking about sexual things in an erotic way" (Baker & Duncan, 1985, p. 458). An affirmative reply was given by 12% of the respondents and another 12% refused to answer the question. Among those who reported sexual abuse this had involved physical contact in 40% of cases, and it was intrafamilial in 14% of cases. These prevalence rates appear to be generally lower than those reported in the United States and Canada but even so child sexual abuse is clearly not a rarity in Britain.

Conclusion

The variations in reported prevalence rates within and across national boundaries may be due to any combination of differences in definition, sampling, and methodology (Peters, Wyatt, & Finkelhor, 1986; Wyatt and Peters, 1986a, 1986b).

Among the differences in the definition of child sexual abuse in various studies are the upper age limit adopted for victims of such abuse, the inclusion or exclusion of abuse that does not involve physical contact such as encounters with exhibitionists or sexual solicitations, and the criteria for defining a sexual encounter as abusive such as the extent to

which it is unwanted or coercive and the required age discrepancy between victim and offender.

Differences in the characteristics of the subject samples in various studies may contribute to variations in the prevalence rates that are reported. Relevant sample characteristics might include the age range of the subjects and their educational level, socio-economic status, ethnic membership, and geographical location.

Finally, variations in prevalence rates may be influenced by differences in the methodology utilized in various studies. These differences might involve the techniques used to draw the subject samples, the response rates obtained for participation in the study, the type and number of questions about sexual abuse, or the format in which these questions are administered such as in a questionnaire to be completed by the subject or by means of a face to face interview or telephone inquiry.

Despite the variations in reported prevalence rates for any of the reasons just outlined it is evident that child sexual abuse is common among females in the general populations of several countries. The upshot of this for clinicians is that they are virtually certain to encounter women who have had such experiences among their clients. Moreover, as discussed in later chapters, previously sexually abused women tend to be overrepresented in many client groups and their past abuse experiences may well be contributing to their current

psychosocial problems and therefore need to be addressed in therapeutic attempts to resolve these problems.

APPENDIX B

Extract from Jehu, D.

Therapy with women who were sexually abused in childhood

In parts 2, 3, and 4 of this book very high prevalence rates for various mood disturbances, interpersonal problems, and sexual dysfunctions are reported for the previously sexually abused women in the U. of M. series and other clinical samples.

Clearly, such women who enter therapy are selectively biased towards pathology and their prevalence rates cannot be generalized to other victims who have not sought treatment. At present there is very little evidence concerning the proportion of sexual abuse victims who experience psychosocial problems in adult life. The survey of the British general population conducted by Baker and Duncan (1985) and described in chapter 1 is one of the most informative sources to date. Among 119 female victims there were 61 (57%) who considered their abuse to have been unpleasant and harmful at the time but to have had no long-lasting effects, 16 (13%) considered it to have been permanently damaging with long term effects, 40 (34%) considered it to have had no effects at all, and 2 (2%) considered it to have improved the quality of their lives. Perceived permanent damage appeared to be associated particularly with intrafamilial abuse of a repeated nature, which commenced before the age of 10 years. Similarly, Russell (1986) has reported on 187 experiences of intrafamilial sexual abuse that were described by 152 victims drawn from her random sample of the population in San Francisco. Thirty three

percent of these experiences were described as extremely upsetting, 20% as very upsetting, 27% as somewhat upsetting, 12% as not very upsetting, and 9% as not at all upsetting. Twenty five percent of the experiences were described as having had great long-term effects, 26% to have had some effect, 27% to have had little effect, and 22% to have had no long term effect. Thus, the sexual abuse was considered to have been permanently damaging by 13% of the victims in the Baker and Duncan study, and 25% of the experiences in the Russell study were described as having had great long-term effects. Clearly, more rigorously established prevalence rates for more precisely defined problems are needed from representative samples of previously sexually abused women.

The U. of M. project is primarily a study of the treatment rather than the epidemiology of problems associated with child sexual abuse. Consequently, the project did not include comparison groups of women who had not been abused and who were either (a) in therapy, or (b) in the general population. Thus, it is not possible to be certain how the prevalence rates for various psychosocial problems among the victims in the U. of M. series compare to those for non-abused women in other clinical or non-clinical groups. Such comparisons between abused and non-abused samples have been made in some other investigations which are cited in parts 2, 3, and 4, and they are a necessary basis for ascertaining the extent to which sexual abuse is a

pathogenic influence over and above other events in the lives of victims.

Even when sexual abuse does appear to be associated with increased pathology in adulthood it is difficult to distinguish the extent to which this is attributable to the sexual acts per se or to other circumstances surrounding the abuse such as the negative parental reactions to disclosure discussed in chapter 2, and the adverse family backgrounds discussed in chapter 3.

In summary, very high prevalence rates for a range of psychosocial problems are reported in the U. of M. study, but these rates cannot be generalized to victims who have not entered therapy, and it is not certain how they compare to the rates for similar problems among non-abused women. Furthermore, if these problems are more common in groups of sexually abused women it is not clear to what extent this is due to the sexual acts involved or to other circumstances surrounding the abuse. Despite these limitations the fact remains that the women in the U. of M. series were experiencing many problems ...

APPENDIX C

Presentations to Conferences and Workshops

1986	April	Student Counselling Service University of Manitoba Winnipeg, MB
1985	May	Child Care & Development Dept. Department of Education Province of Manitoba Winnipeg, MB
	April	Red River Community College School of Nursing Winnipeg, MB
	March	Faculty of Human Ecology Department of Family Studies University of Manitoba Winnipeg, MB
	February	Counselling the Sexual Abuse Survivor Conference sponsored by Klinic Community Services, Inc. Winnipeg, MB
	January	Interfaith Pastoral Institute University of Winnipeg Winnipeg, MB
1984	November	Elizabeth Fry Society of Manitoba Winnipeg, MB
	September	5th International Congress on Child Abuse Montreal, PQ
	June	CBC Winnipeg - "24 Hours" Winnipeg, MB
	April	Winnipeg Education Centre University of Manitoba - extension program Winnipeg, MB
	April	Annual Conference of the Manitoba Behavior Modification Assn. Winnipeg, MB
	March	Native Child Welfare Urban Coalition Winnipeg, MB

1984	February	CBC TV Winnipeg - "Take 30" Winnipeg, MB
	February	Institute for the Advanced Study of Human Sexuality San Francisco, CA
	January	Children's Aid Society of Winnipeg Child Abuse Unit Winnipeg, MB
1983	December	Department of Psychology University of Winnipeg and Manitoba Behavior Modification Association Winnipeg, MB
	November	St. Boniface Hospital Day Conference on Gynecology Winnipeg, MB
	November	Red River Community College Child Care Service Program Winnipeg, MB
	November	Focus on Women Conference Winnipeg, MB

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

Programme d'intervention pour les femmes
victimes d'exploitation sexuelle
dans l'enfance et l'adolescence

RAPPORT FINAL

Derek Jehu

Programme d'intervention pour les femmes victimes d'exploitation sexuelle dans l'enfance et l'adolescence

RAPPORT FINAL

Derek Jehu

Publication autorisée par le ministre de la
Santé nationale et du Bien-être social

Traduit de l'anglais et reproduit par le
Centre national d'information sur la violence dans la famille
Direction générale des programmes de service social
Santé et Bien-être social Canada

Projet appuyé par le Programme des subventions nationales
au bien-être social n° 4556-1-12 du
ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

Mars 1987

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H72-21/9-11-1989F
ISBN 0-662-95260-X

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Introduction	5
Problème et objectifs	5
Établissement d'un service	6
Durée du projet	6
Personnel affecté au projet	6
Publications	6
Exposés et ateliers	7
Aperçu du manuel de traitement	7
Partie 1. Description de la clientèle	7
Partie 2. Principes d'examen de traitement et d'évaluation	8
Partie 3. Troubles de l'humeur	9
Partie 4. Problèmes des relations interpersonnelles	11
Partie 5. Groupe de formation pour l'affirmation de soi	12
Partie 6. Groupe de mise en situation ou de transition pour les partenaires	12
Partie 7. Dysfonctions sexuelles	13
Partie 8. Troubles causés par le stress	13
Partie 9. Thérapie avec un partenaire du sexe masculin qui a été victime d'exploitation sexuelle	14
Partie 10. Thérapie avec une victime vivant une relation lesbienne	14
Partie 11. Évaluation faite par les consommateurs du programme	14
Recommandations en vue de recherches futures	15

TABLE DES MATIÈRES (Suite)

	Page
Hommes victimes d'agression sexuelle dans leur enfance	15
Partenaires	19
Ordre de traitement des problèmes	21
Thérapie de groupe	21
Sexe du thérapeute	22
Conclusion	23
Références	25
Annexes	27

INTRODUCTION

C'est à la demande du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, qu'a été rédigé le présent rapport, de même qu'un manuel destiné aux thérapeutes qui désirent éventuellement s'inspirer des constatations du programme de l'Université du Manitoba (U. du M.) en vue de s'en servir dans leur propre pratique. Toutes les données empiriques et méthodes cliniques qui peuvent être utiles à cette fin sont décrites dans le manuel (voir aperçu ci-après) plutôt que dans le rapport. Mais comme la longueur du manuel peut en limiter la diffusion gratuite, il s'est révélé nécessaire de rédiger l'ouvrage suivant, qui est actuellement en voie de transcription:

Jehu, D. Therapy with women who were sexually abuse in childhood
(en collaboration avec Marjorie Gazan et Carole Klassen)

Problème et objectifs

Il ressort des éléments de preuve présentés à l'Annexe A que dans plusieurs pays, dont le Canada, les agressions sexuelles contre les enfants ne sont pas rares et qu'une proportion inconnue de personnes victimes de ces actes durant leur enfance connaît à l'âge adulte des problèmes d'ordre psychosocial qui semblent liés à ces actes et au contexte dans lequel ils se sont produits (Annexe B).

Quand l'U. du M. a présenté au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social sa proposition en vue de l'établissement du programme, il existait très peu de renseignements sur la fréquence et la nature de ces problèmes psychosociaux chez les femmes désireuses de recevoir des traitements thérapeutiques, et un des objectifs du programme était justement de commencer à combler cette lacune. De même, nous n'avons relevé dans la littérature que des rapports sporadiques et très peu nombreux sur les interventions visant à régler ces problèmes, et c'est pourquoi un autre objectif du programme de l'U. du M. était l'établissement continu et exhaustif d'un programme de traitement, assorti d'une évaluation adéquate de son efficacité. Les objectifs explicites du projet, énoncés dans la proposition, étaient donc les suivants:

"1. Atténuer les problèmes d'ordre affectif, interpersonnel et sexuel liés à l'agression sexuelle dans l'enfance parmi un groupe de femmes ayant cherché à obtenir un traitement pour ces problèmes.

2. Mieux connaître la nature de ces problèmes parmi les victimes.

3. Mettre au point et raffiner un programme d'intervention destiné à être utilisé auprès de ce groupe client.

4. Évaluer l'efficacité de ce programme lorsqu'il est utilisé avec le groupe en question."

Établissement d'un service

Le programme a été mené au Centre des services psychologiques de l'Université du Manitoba, établi en 1969 en tant que centre de formation pour les étudiants des premier et deuxième cycles en travail social et les étudiants du troisième cycle en psychologie clinique. Chaque année, le Centre assure des traitements à environ 400 clients venus de la collectivité.

Durée du projet

Les travaux cliniques exécutés dans le cadre de ce projet se sont déroulés sur une période de trois ans, soit du 1er octobre 1983 au 30 septembre 1986, et le rapport final ainsi que le manuel de traitement ont été présentés le 31 mars 1987.

Personnel affecté au projet

Le bénéficiaire de la subvention et l'enquêteur principal était le professeur Derek Jehu, F.B.Ps.S., tandis que Mmes Marjorie Gazan, R.P.N., B.A., M.S.W. et Carole Klassen, M.S.W., étaient employées comme thérapeutes en recherche et Mme Jane McCallum, B.A., était secrétaire du projet. De plus, les étudiants suivants ont participé, dans le cadre de leur formation d'études supérieures, aux travaux cliniques entrepris pour ce projet: Ann Doige, Reid Hartry, Rosemary Popescul, Gisele Rouillard et David Schwab.

Publications

Au moment d'aller sous presse, nous avions publié les articles et chapitres préliminaires suivants au sujet du projet:

Jehu, D., Gazan, M., et Klassen, C. (1984/5), Common therapeutic target among women who were sexually abused in childhood, Journal of Social Work and Human Sexuality, 3, 25-45.

Jehu, D., Klassen, C., et Gazan, M. (1985/6), Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse, Journal of Social Work and Human Sexuality, 4, 49-69.

Jehu, D., Gazan, M. et Klassen, C. (1985), Common therapeutic targets among women who were sexually abused in childhood, dans M. Valentich et J. Gripton (Eds.) Feminist perspectives on social work and human sexuality, New York, Haworth.

Jehu, D., Klassen, C. et Gazan, M. (1986), Cognitive restructuring of distorted beliefs associated with childhood sexual abuse, dans J. Cripton et M. Valentich (Eds.) Social work practice in sexual problems, New York, Haworth.

Le projet étant maintenant terminé, nous avons écrit le livre susmentionné et entrepris la rédaction de plusieurs autres articles en vue de présenter les résultats.

Exposés et ateliers

Le lecteur trouvera à l'Annexe C la liste de ceux qui ont eu lieu jusqu'ici; nous prévoyons en outre faire des exposés à la Conférence européenne sur l'agression contre les enfants et la négligence des enfants à Rhodes, en Grèce, en avril 1987 ainsi qu'à la Troisième conférence nationale de la recherche sur la violence dans la famille, à Durhan, N.H., en juillet 1987.

Aperçu du manuel de traitment

Voici un résumé des 11 parties de ce manuel.

Partie 1. Description de la clientèle

Cinquante-et-une victimes et 21 partenaires ont été traités dans le cadre de ce programme, et 10 des victimes ont mis fin prématurément à la thérapie pour les raisons données dans cette partie du manuel. Nous y décrivons les sources de présentation des victimes et les critères de sélection pour le projet, de même que les caractéristiques démographiques, les familles d'origine, les situations d'exploitation sexuelle, les problèmes existants et le traitement antérieur des victimes. Nous illustrons cette information grâce à des vignettes portant sur le cas de neuf des victimes.

Les caractéristiques démograhiques signalées sont (a) l'âge des victimes au moment où elles se sont jointes au programme de traitement de l'U. du M., (b) leur état matrimonial, (c) leur degré de scolarité, (d) leur groupe professionnel, (e) leur origine ethnique et (f) leur religion.

Nous décrivons les familles d'origine en fonction (a) des relations entre les personnes exerçant les fonctions parentales, (b) du rôle et des caractéristiques de la personne exerçant les fonctions du père, (c) du rôle et des caractéristiques de la personne exerçant les fonctions de la mère et (d) de l'efficacité du rôle parental.

Nous présentons des données sur (a) la chronologie des actes d'agression sexuelle, (b) le genre d'actes sexuels, (c) la relation entre l'agresseur et la victime, (d) les réactions de cette dernière à l'agression et (e) l'ambiance de secret ou de divulgation qui a entouré l'agression.

Les taux de fréquence des problèmes que connaissent les victimes sont présentés dans les catégories générales suivantes: (a) troubles d'humeur, (b) problèmes de relations interpersonnelles, (c) dysfonctions sexuelles et (d) troubles causés par le stress.

Partie 2. Principes d'examen de traitement et d'évaluation

Les principes d'examen appliqués dans le cadre du programme de l'U. du M. sont décrits suivant les étapes (a) des entrevues préliminaires, (b) des entrevues d'examen initiales, (c) de la négociation des objectifs de traitement et (d) de l'examen et de la formation des problèmes visés, y compris l'utilisation d'entrevues, de questionnaires et d'auto-évaluation des clientes grâce à de multiples méthodes et à bon nombre de mécanismes d'évaluation.

Les éléments du traitement sont identifiés en termes de conditions thérapeutiques générales et de méthodes précises, dont il est question aux parties 3 à 10 du manuel. Les conditions thérapeutiques générales examinées dans cette partie sont (a) la relation thérapeutique, (b) le pronostic, (c) l'exploration et la divulgation, (d) l'acceptation et le soutien, (e) la compréhension empathique, (f) l'explication des causes, (g) l'exposition répétée, (h) l'influence du thérapeute, (i) la réplique, (j) l'instigation et (k) l'établissement d'un réseau. Le processus de traitement est ensuite décrit selon les étapes suivantes: (a) la planification du traitement, ce qui inclut les décisions concernant le ou les thérapeutes, la ou les clientes, le moment

des interventions et la marche à suivre, (b) la mise en application du traitement, et la résistance que la cliente pourrait offrir et (c) la cessation du traitement.

Les buts de l'évaluation sont énoncés comme suit: (a) assurer une rétroaction aux clients (b) faire voir toute nécessité de réviser le traitement et (c) faire voir l'efficacité de l'intervention. Les objectifs du traitement sont précisés par rapport à des événement précis. Un choix adéquat de méthodes d'examen est administré à des intervalles appropriés tout au cours des périodes d'examen, de traitement et de suivi. Les résultats de ces mesures répétées sont présentés et analysés dans des études de cas, des présentations en séries chronologiques et la présentation collective préalable et postérieure aux tests. Les résultats sont évalués suivant les critères suivants: (a) l'importance, sur le plan clinique, de toute amélioration, (b) la proportion des clients qui s'améliorent, (c) l'étendue des changements thérapeutiques, (d) la durabilité des améliorations et (e) la satisfaction des clients. Vu l'absence d'une évaluation systématique des interventions auprès de femmes victimes d'agression sexuelle de par le passé, nous avons adopté, pour le programme de l'U. du M., une stratégie de traitement.

Partie 3. Troubles de l'humeur

On rapporte pour les victimes des taux de fréquence très élevés de manque d'estime de soi, de sentiments de culpabilité et de périodes dépressives. On pose comme hypothèse que certaines vues déformées associées à l'agression sexuelle qu'ont beaucoup de victimes constituent une source importante de ces troubles d'humeur.

Les méthodes d'examen utilisées pour les troubles d'humeur sont les suivantes: (a) entrevues, (b) reprise instantanée, (c) rappel d'un événement éloigné, (d) dramatisation, (e) images provoquées, (f) confrontation, (g) enregistrement par la victime, (h) inventaire des croyances, (i) inventaire de dépression Beck, (j) inventaire d'estime de soi Battle et (k) échelle d'estime de soi Hudson.

On se sert de la restructuration cognitive pour corriger les vues déformées de la victime et pour atténuer ses troubles d'humeur. Pour cela, il faut (a) expliquer la raison d'être de la méthode aux clients, (b) cerner les vues de la victime, (c) reconnaître toute déformation que celles-ci peuvent présenter et (d) explorer d'autres vues plus appropriées.

Les victimes se croient souvent responsables de l'agression parce qu'elles (a) se sont soumises aux volontés de l'agresseur, (b) ont gardé le secret au sujet de l'agression, (c) se sont montrées aguichantes, (d) ont posé des questions à caractère sexuel, (e) ont connu une jouissance physique durant l'acte d'agression, (f) ont ressenti un plaisir émotif ou (g) en ont retiré des avantages matériels. On explore des vues qui pourraient remplacer ce sentiment de culpabilité et l'on fait remarquer que l'enfant ne peut consentir à quelque chose qu'il ne comprend pas.

D'autres sentiments de culpabilisation qu'éprouvent souvent les victimes supposent l'exonération de l'agresseur parce qu'il (a) voulait ainsi assurer l'éducation sexuelle de l'enfant, (b) voulait ainsi faire plaisir à l'enfant, (c) souhaitait améliorer sa relation avec cette dernière, (d) était frustré sur le plan sexuel, (e) agissait sous l'influence de l'alcool ou (f) était "malade". On explore d'autres sentiments qui pourraient remplacer celui-là et l'on fournit une explication plus juste quant à savoir pourquoi des hommes agressent des enfants.

Beaucoup de victimes se dénigrent en disant qu'elles (a) sont mauvaises et ne sont bonnes à rien, (b) sont différentes des autres, (c) sont marquées par les autres, (d) se sentent inadéquates et inférieures aux autres et (e) sont assujetties aux autres sur le plan des droits personnels. Les victimes peuvent être tout spécialement portées à éprouver ces sentiments à cause de certaines dysfonctions qui expliquent qu'elles font dépendre leur estime de soi (a) de l'approbation des autres, (b) du fait d'être aimées par quelqu'un d'autre ou (c) de leurs réalisations. On discute de la façon de corriger ces vues faussées et les dysfonctions.

Les problèmes et les méthodes d'examen et de traitement présentés dans cette partie du manuel sont illustrés grâce à deux études de cas, et le résultat du traitement auprès de 36 victimes est décrit sous les rapports suivants: (a) la chronologie et l'intervention, (b) les améliorations importantes sur les plans clinique et statistique en ce qui concerne les vues déformées, (c) les améliorations importantes sur les plans clinique et statistique en ce qui concerne les troubles d'humeur, (d) les effets secondaires salutaires sur les relations conjugales et le fonctionnement sexuel et (e) l'évaluation très positive que font les victimes du traitement qu'elles ont reçu.

Partie 4. Problèmes des relations interpersonnelles

Il y a certains thèmes communs qui caractérisent les relations interpersonnelles des victimes, soit l'isolement, l'insécurité, la discorde et la médiocrité. Leurs relations avec les hommes sont plus spécialement caractérisées par l'insécurité, la colère, la subordination, la promiscuité et un sexualisme excessif. De plus, les victimes sont souvent plus susceptibles d'être violées à l'âge adulte et d'être attirées par la prostitution. On dénote beaucoup de discorde dans les relations conjugales des victimes, dont les partenaires sont souvent des exploiteurs et des personnes extrêmement dépendantes. Certaines victimes manifestent du mépris et de la colère envers les autres femmes. Chez la plupart des victimes, l'aptitude à exercer des fonctions parentales est très satisfaisante, mais certaines d'entre elles sont inadéquates sur ce plan et vont même jusqu'à agresser physiquement leurs enfants. Enfin, les rapports entre beaucoup de victimes et leur famille d'origine présentent les caractéristiques suivantes: (a) l'exploitation de la victime, qui est considérée comme un bouc émissaire, (b) des réactions de colère et d'affliction de sa part et (c) la loyauté de la victime envers sa famille, qu'elle idéalise.

Pour évaluer les problèmes interpersonnels, on se sert des méthodes suivantes: (a) entrevues, (b) inventaire des croyances, (c) échelle Hudson de l'estime de soi, (d) inventaire de l'affirmation de soi, (e) enquête sur la peur, (f) échelle d'ajustement dyadique, (g) questionnaire sur les relations conjugales, (h) techniques de reconstruction, (i) confrontation, (j) enregistrement fait par la victime et son partenaire et (k) échelle des plaintes.

Parmi les conditions thérapeutiques générales dont il est question à la partie 2, les suivantes se révèlent particulièrement importantes en ce qui concerne le traitement des problèmes touchant les relations interpersonnelles: (a) l'acceptation et le soutien, (b) la compréhension empathique, (c) la réplique, (d) l'instigation et (e) l'établissement d'un réseau. Parmi les méthodes particulières utilisées pour ce traitement, signalons les suivantes: (a) la restructuration cognitive, (b) la formation à l'affirmation de soi, (c) la maîtrise du stress, (d) la formation à la communication, (e) la résolution de problèmes et (f) la maîtrise de la colère.

Les problèmes de relations interpersonnelles et les méthodes d'examen et de traitement dont il est question dans cette partie du manuel sont illustrés grâce à 15 exemples.

Partie 5. Groupe de formation pour l'affirmation de soi

La passivité et la servilité caractérisent beaucoup de victimes, qui sont incapables de s'affirmer. Pour les aider sur ce plan, nous avons établi un groupe de formation à l'affirmation de soi pour cinq victimes, qui participaient déjà à des séances thérapeutiques individuelles ou de couples dans le cadre du programme de l'U. du M. Le groupe s'est réuni 10 fois avec deux thérapeutes, soit un homme et une femme.

Pour déterminer l'aptitude d'une personne à s'affirmer, on se sert des méthodes suivantes: (a) des entrevues, (b) des échelles de plaintes, (c) l'inventaire de l'affirmation de soi, (d) l'échelle Hudson de l'estime de soi et (e) un questionnaire sur la satisfaction des clients.

Le traitement suppose le recours aux méthodes suivantes: (a) la démonstration, (b) la répétition de certains comportements, (c) la restructuration cognitive, (d) des exercices structurés, (e) des documents didactiques et des imprimés et (f) des travaux à faire à la maison.

Le groupe semble avoir aidé les participantes à s'affirmer davantage et à mieux comprendre et accepter leurs droits personnels, même si elles tendaient à se sentir un peu mal à l'aise lorsqu'elles s'affirmaient. D'une manière générale, leur évaluation du programme a été positive.

Partie 6. Groupe de mise en situation ou de transitior pour les partenaires

Les recommandations de recherches futures formulées ci-après, et en particulier la section sur les partenaires, résument tout un éventail de problèmes que connaissent ces personnes. Afin de préciser et d'atténuer ces difficultés, nous avons constitué un groupe de huit partenaires, qui participaient également, dans le cadre du programme de l'U. du M., à des séances de thérapie de couples avec leur conjointe victime. Il y a eu 15 séances animées par deux thérapeutes, un homme et une femme.

L'intervention a été conceptualisée et menée en tant que groupe de mise en situation ou de transition et a traité des questions suivantes: (a) le sentiment des partenaires d'être des victimes par ricochet, (b) leur sentiment de privation et de confusion et leur impression de ne pas maîtriser leur situation conjugale, notamment sur les plans sexuel et des communications, (c) leur sentiment de colère envers les agresseurs et (d) leur image de soi négative et leur sentiment de dépression. De façon générale, les participants ont aimé le travail en groupe.

Partie 7. Dysfonctions sexuelles

Presque toutes les victimes qui ont participé au programme de l'U. de M. ont déclaré souffrir d'au moins une des dysfonctions sexuelles suivantes: (a) phobie/aversion sexuelle, (b) insatisfaction sexuelle, (c) affaiblissement de la motivation sexuelle, (d) affaiblissement du désir sexuel, (e) difficulté d'atteindre l'orgasme, (f) dyspareunie et (g) vaginisme.

Ces dysfonctions peuvent être causées par (a) des facteurs organiques, (b) des troubles d'humeur, (c) des problèmes de relations interpersonnelles et (e) des situations sexuelles stressantes.

Pour déterminer le fonctionnement sexuel des victimes, on a recours à (a) des examens médicaux, (b) des entrevues, (c) une formule des antécédents sexuels, (d) une échelle de satisfaction sur le plan sexuel, (e) une échelle du désir sexuel, (f) des questionnaires sur les relations sexuelles, (g) des techniques de reconstruction, (h) la confrontation, (i) l'enregistrement par les clients, (j) des échelles de plaintes et (k) des classements de fiches.

Les facteurs organiques qui peuvent contribuer à une dysfonction sexuelle exigent une intervention médicale ou chirurgicale appropriée. Le traitement des troubles d'humeur et des problèmes de relations interpersonnelles se fait selon les parties 3 et 4 respectivement du manuel. En ce qui concerne les situations sexuelles stressantes, on se sert de la restructuration cognitive et de séances de formation pour aider les participants à faire face à la situation; cela comprend (a) la relaxation, (b) la réflexion et l'arrêt sur certaines images, (c) la planification de façons de faire face à certaines situations, (d) un dialogue guidé avec soi, (e) la répétition d'images, (f) la dramatisation et l'exposition in vivo.

Les dysfonctions sexuelles et les méthodes d'examen et de traitement résumées ci-dessus sont illustrées au moyen de trois études de cas.

Partie 8. Troubles causés par le stress

Il est question dans cette partie de la nature et de la fréquence, parmi les victimes, des troubles suivants causés par le stress: (a) l'angoisse, (b) les troubles du sommeil, (c) les comportements d'obsession-compulsion, (d) la dissociation et (e) les troubles attribuables au stress postérieur à un traumatisme. On illustre chacune de ces catégories au moyen d'exemples.

Partie 9. Thérapie avec un partenaire du sexe masculin qui a été victime d'exploitation sexuelle

Dans les recommandations de recherches futures ci-après, il est question de l'agression sexuelle contre les garçons. Le programme de l'U. du M. portait exclusivement sur les femmes victimes d'agression sexuelle, mais le partenaire de l'une d'elle a avoué au thérapeute avoir lui-même été victime d'agression sexuelle et ce dernier l'a traité en dehors du programme de recherche, en se servant toutefois d'une approche semblable. D'après cette partie du manuel, cela semble avoir été une intervention valable et efficace.

Partie 10. Thérapie avec une victime vivant une relation lesbienne

Faute d'éléments de preuve, il est impossible de déterminer si les victimes sont plus portées que les personnes qui ne sont pas victimes d'agression sexuelle à s'orienter dans leur vie d'adulte vers une relation homosexuelle.

Par souci d'homogénéité, on a adopté comme critère de sélection pour le programme de l'U. du M. la condition que les victimes soient surtout d'orientation hétérosexuelle, mais plusieurs participantes ont par la suite, au cours des séances de thérapie, avoué être confuses quant à leur orientation sexuelle.

On a aidé la plupart des femmes à orientation homosexuelle qui ont demandé à être traitées dans le cadre du programme à obtenir des services thérapeutiques ailleurs. Un seul couple établi de lesbiennes a demandé à participer au programme, mais c'est un des thérapeutes du programme qui les a traitées, à l'extérieur toutefois du cadre de la recherche. On décrit dans cette partie du manuel le traitement apparemment fructueux de ce couple.

Partie 11. Évaluation faite par les consommateurs du programme

Toutes les victimes qui n'ont pas abandonné prématurément le traitement ont rempli le questionnaire de satisfaction à la fin des séances de thérapie. Leurs réponses aux questions sur le programme ainsi que leurs observations supplémentaires sont toutes très positives. Dans leurs commentaires, elles précisent aussi certains aspects salutaires particuliers du programme et font certaines recommandations en vue de son prolongement.

Recommandations en vue de recherches futures

Hommes victimes d'agression sexuelle dans leur enfance

Le programme de traitement et les constatations empiriques décrits dans le manuel portent exclusivement sur les femmes victimes d'agression sexuelle dans leur enfance, mais il faudrait enquêter sur la possibilité de les appliquer à des hommes qui ont déjà été victimes d'agression sexuelle. Ces derniers forment un groupe relativement oublié dans la littérature et les programmes. Cela peut être dû au fait que c'est en grande partie le mouvement des femmes qui a mis en lumière la question de l'agression sexuelle contre des enfants et tout spécialement des filles. Il faut aussi noter une certaine hésitation de la part de la société à reconnaître que les garçons qui sont victimes d'agression sexuelle sont effectivement des victimes et non pas des participants de plein gré aux actes sexuels. De plus, il se peut qu'on tienne les garçons responsables de l'agression parce qu'ils n'ont pas résisté physiquement "comme un vrai garçon aurait su le faire", ou se sont prostitués en recevant une compensation matérielle pour leur participation à un acte sexuel, ou encore parce qu'ils se sont déjà déclarés homosexuels avant l'agression (Rogers et Terry, 1984). Il est certain qu'aucune de ces raisons éventuelles de blâmer la victime ne justifie de réduire ou d'éliminer la responsabilité de l'agresseur adulte.

Fréquence. Il est clair d'après les études passées en revue à l'Annexe A, qui renferme des données sur les hommes victimes d'agression sexuelle, que ce phénomène n'est pas rare. Dans l'échantillon de Lewis (1985) pris dans l'ensemble des États-Unis, 16 p. 100 de 1252 hommes ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle durant leur enfance. Le sondage national auprès de la population du Canada a par ailleurs révélé que 12 p. 100 de 1002 hommes s'étaient fait toucher à un "endroit sexuel" de leur corps sans l'avoir voulu et que 10 p. 100 avaient été victimes d'une tentative d'agression sexuelle ou d'une véritable agression. Plus de 80 p. 100 des victimes du sexe masculin étaient âgés de moins de 18 ans lors de la première agression. (Infractions d'ordre sexuel contre les enfants au Canada, 1984.) Parmi un échantillon représentatif de 970 hommes en Grande-Bretagne, 8 p. 100 ont déclaré avoir été victimes d'agression sexuelle avant l'âge de 16 ans (Baker et Duncan, 1985). Par conséquent, sur le seul plan du nombre il est clairement justifié d'accorder une attention professionnelle accrue aux problèmes et au traitement des victimes du sexe masculin.

Actes sexuels. D'après le sondage national auprès de la population canadienne (Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada, 1984), les actes d'agression sexuelle les plus répandus contre les garçons âgés de moins de 16 ans étaient les suivants: (a) le fait de toucher ou de caresser la partie génitale (12 p. 100), (b) le fait de toucher ou de caresser la poitrine, les fesses (3 p. 100), (c) les actes sexuels oraux-génitaux (2 p. 100), (d) les tentatives de pénétration anale par le pénis (1 p. 100) et (e) la pénétration anale par le pénis (0,6 p. 100).

Agresseurs. D'après des données des États-Unis (Finkelhor, 1984) et du Canada (Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada, 1984), ceux qui sont coupables d'agression sexuelle contre des garçons sont en très forte majorité des hommes plutôt que des femmes. D'après le sondage national auprès de la population canadienne, par exemple, seulement 3 p. 100 des agressions contre les garçons ont été commises par des femmes. Le fait que la plupart des agresseurs soient des hommes ne signifie pas nécessairement que ces derniers soient homosexuels. Beaucoup d'entre eux sont hétérosexuels et certains, pédophiles, ne s'intéressant nullement aux hommes d'âge adulte (Newton, 1978).

Il ressort également des éléments de preuve connus que les garçons risquent davantage que les filles de se faire agresser sexuellement par des personnes autres que des membres de leur famille, spécialement par une personne que l'enfant connaît, comme un ami de la famille, un voisin, un enseignant ou un gardien, plutôt qu'un étranger (Baker et Duncan, 1985; Finkelhor, 1984).

Familles d'origine. Les garçons victimes d'agression sexuelle ont plus tendance que les filles dans la même situation à venir de familles pauvres et monoparentales et à être victimes d'agression tant physique que sexuelle (Finkelhor, 1984).

Bien que les réactions des parents à l'agression contre leur enfant soient généralement les mêmes, indépendamment du sexe de la victime, Rogers et Terry (1984) rapportent que, d'après leur expérience clinique, il y a deux réactions liées qui sont particulièrement répandues parmi les parents de garçons victimes d'agression sexuelle. La première consiste à nier ou à minimiser le fait que l'enfant a été victime d'une agression, le parent voulant ainsi se défendre contre ses propres sentiments en ce qui a trait à l'homosexualité. La seconde est une peur marquée de voir le garçon prendre une orientation homosexuelle en vieillissant à cause de cette agression.

Adaptation psychosociale à l'âge adulte. Les seuls aspects de l'adaptation psychosociale à l'âge adulte des hommes qui ont été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance dont il est question dans la littérature sont l'homosexualité, la violence et l'agression sexuelle, que nous examinerons ci-après. D'après l'expérience très limitée auprès des victimes du sexe masculin traitées en dehors du programme de l'U. du M., ces dernières connaissent dans une large mesure le même genre de troubles d'humeur et de problèmes de relations interpersonnelles qu'on trouve parmi les femmes en cours de traitement et des dysfonctions sexuelles équivalentes (voir la partie 9 du manuel). Il s'impose donc de faire une enquête plus complète et approfondie des problèmes d'adaptation que connaissent les victimes du sexe masculin.

Finkelhor (1984) présente certains éléments de preuve quant au lien prétendu entre l'agression sexuelle dans l'enfance et l'homosexualité ultérieure de beaucoup d'étudiants au niveau collégial et il constate que ceux qui ont été victimes d'agression par des hommes plus âgés risquaient quatre fois plus que ceux qui n'avaient pas été victimes d'agression de se livrer à une activité homosexuelle et que presque la moitié des hommes qui avaient été victimes d'agression sexuelle se livraient actuellement à une activité homosexuelle. Le lien entre l'homosexualité et l'agression dans l'enfance ne valait que dans les cas où celle-ci avait été perpétrée par des hommes beaucoup plus vieux et non pas dans le cas d'expériences semblables avec des pairs.

On a suggéré plusieurs raisons pouvant expliquer le lien entre l'agression sexuelle dans l'enfance et l'homosexualité à l'âge adulte (Finkelhor, 1984; Rogers et Terry, 1984). L'homosexualité peut éventuellement piquer l'intérêt et la curiosité de certains garçons à un âge précoce, ce qui les rend éventuellement vulnérables à une exploitation par des hommes plus âgés. Les garçons qui ont été victimes d'une agression sexuelle par un homme plus âgé peuvent à tort se considérer comme des homosexuels pour les raisons suivantes: (a) ils étaient des partenaires intéressants pour cet homme, (b) ils n'ont pas résisté physiquement à ses avances, (c) ils se sont livrés à des actes homosexuels avec lui et (d) ils ont connu un plaisir érotique durant la rencontre. Si pour une de ces raisons ou pour d'autres un garçon se considère comme homosexuel, il se peut qu'il adopte ce rôle et ce mode de vie, et cette auto-évaluation peut être renforcée par les parents ou les pairs qui portent aussi un jugement erroné semblable sur les réactions du garçon à l'agression et à son orientation sexuelle.

Malgré l'absence de preuves systématiques à cet effet, il se peut que les garçons victimes d'agression sexuelle soient enclins à un comportement violent par la suite et, sous ce rapport, ils diffèrent vraisemblablement de la plupart des victimes du sexe féminin. On a avancé plusieurs raisons possibles pour expliquer cette prétendue tendance au comportement agressif. L'homme peut ainsi chercher à éliminer des doutes et de la confusion au sujet de son identité sexuelle en s'identifiant à outrance à un stéréotype de macho pour se convaincre et convaincre les autres de sa masculinité. En outre, il peut ainsi chercher à combattre les sentiments d'impuissance éveillés au cours de l'agression et à se protéger contre toute situation qui ferait de nouveau de lui une victime. Cela peut aussi traduire un mépris des femmes découlant de l'impression que se fait la victime de sa mère comme étant une personne qui ne se montre ni bienveillante ni protectrice, et cela peut aussi contribuer au comportement d'agression sexuelle dont nous allons maintenant discuter.

Il ressort de plusieurs études sur la question que, dans des proportions importantes, les personnes qui commettent des agressions sexuelles contre des enfants ont elles-mêmes été victimes d'agressions du genre dans leur enfance. Par exemple, parmi 106 personnes coupables d'attentat à la pudeur contre des enfants, 32 p. 100 ont déclaré avoir elles-mêmes connu un traumatisme sexuel dans leur enfance, contre 3 p. 100 de 64 agents de police (Groth et Burgess, 1979), et Langevin, Handy, Hook, Day et Russon (1983) ont quant à eux constaté que les personnes coupables d'inceste risquaient, cinq fois plus souvent que les groupes de contrôle ne comprenant pas d'agresseurs, d'avoir été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance. Cela ne signifie pas bien sûr que toutes les victimes d'agression sexuelle du sexe masculin deviennent elles-mêmes des agresseurs, et à l'heure actuelle, on ne sait pas dans quelle proportion il en est ainsi ni quels facteurs entrent en jeu (Finkelhor, 1986). Voici ce que Sgroi (1982) affirme au sujet d'adolescents qui sont à la fois des agresseurs actuellement et d'anciennes victimes: "Nous avons vu des adolescents, qui ont eux-mêmes été victimes de l'agression sexuelle d'un homme, inciter leurs soeurs et de jeunes enfants des deux sexes à prendre part à des actes sexuels. Dans une large mesure, ce comportement sexuel semblait avoir pour but de satisfaire aux besoins de contrôler ou de dominer l'autre personne, plutôt qu'à un besoin sexuel. Ce comportement sexuel était dans une large mesure agressif, tant dans les faits que nominalement; ces adolescents usaient de la force ou de l'intimidation tant avec leurs pairs qu'avec des enfants plus

jeunes, ce qui a entraîné bien souvent un traumatisme chez la victime" (p. 31). Ce besoin de contrôler ou de dominer l'autre semble parfois constituer une tentative de la part de l'agresseur de maîtriser le sentiment d'impuissance et de blessure que le fait d'avoir été lui-même une victime a suscité, en répétant des expériences semblables tout en se plaçant lui-même en position de pouvoir. Il ne fait toutefois aucun doute que beaucoup d'autres facteurs contribuent au comportement d'agression sexuelle d'hommes qui ont eux-mêmes été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance.

Traitement. Malgré la pénurie et le caractère douteux des preuves existantes, il semble clair que certains hommes éprouvent des problèmes psychosociaux liés à une agression sexuelle dans l'enfance et aux expériences familiales connexes. On ne semble trouver aucune mention dans la littérature de programmes d'intervention axés sur ce groupe, et il s'agit là d'un grave manque, étant donné surtout le fait que ces hommes semblent être portés vers un comportement violent ou d'agression sexuelle. Le traitement efficace de ces problèmes et d'autres qui sont liés à l'agression sexuelle dans l'enfance pourrait empêcher ces hommes de s'en prendre eux-mêmes à d'autres victimes et réduire par le fait même la transmission d'une génération à une autre du problème de l'agression sexuelle.

Il semble fort possible que certaines des méthodes utilisées dans le programme de l'U. du M. auprès de femmes victimes d'agression sexuelle dans leur enfance puissent être utiles pour les hommes. On pourrait par exemple atténuer les sentiments de culpabilité et de manque d'amour-propre grâce à la restructuration cognitive de vues déformées au sujet de la responsabilité en ce qui concerne l'agression ou l'orientation sexuelle, et des méthodes comme celle de la maîtrise de la colère et de la formation à l'affirmation de soi pourraient modérer un comportement violent. Il semblerait donc utile de mettre au point et d'évaluer des aspects appropriés du programme de l'U. du M. pour des hommes victimes d'agression sexuelle dans leur enfance et éprouvant des problèmes attribuables à cette expérience.

Partenaires

Le programme de l'U. du M. a permis de mettre en lumière plusieurs problèmes touchant les partenaires des victimes d'agression sexuelle.

Dans tous les cas, on a constaté de la discorde, résultant souvent (a) de l'exploitation, de l'oppression et parfois de l'agression physique de la victime par le partenaire, (b) de la dépendance excessive du partenaire à l'endroit de la victime et (c) du mécontentement et de l'affliction du partenaire face à certains aspects de la relation.

Cette dernière source de discorde provenait parfois des conséquences des problèmes de la victime pour son partenaire; par exemple, sa méfiance à l'endroit de tous les hommes, ou sa difficulté à participer et à répondre à une relation sexuelle. Les partenaires ont aussi trouvé difficile de comprendre et d'accepter certains changements qui se sont produits chez leur conjointe durant le traitement et de s'y adapter, par exemple l'accroissement de son amour-propre, son désir de croissance en tant que personne, la réattribution des rôles dans la relation ou la capactié accrue de la femme de s'affirmer. Pour ces raisons, entre autres, certains partenaires se sentaient (a) comme des victimes par ricochet, (b) privés et confus dans leurs relations avec la victime, (c) animés par un sentiment de colère et d'hostilité à l'endroit de l'agresseur et (d) négatifs envers eux-mêmes et déprimés.

Un autre problème qui se pose est celui du rôle que le partenaire est censé jouer dans la thérapie. Certaines victimes ne voulaient pas que leur partenaire participe et certains partenaires ont d'ailleurs refusé de le faire; dans l'un et l'autre cas, il était difficile de traiter de façon satisfaisante des problèmes sexuels et interpersonnels mettant en jeu les deux conjoints. Même les partenaires qui ont assisté aux séances estimaient ordinairement qu'ils se trouvaient ainsi à aider la victime à régler ses problèmes - rôle qu'ils avaient d'ailleurs souvent joué au fil des ans - et ils hésitaient grandement à assumer eux-mêmes le rôle de client, malgré les difficultés sur les plans personnel et de la relation qu'ils pouvaient eux-mêmes connaître. Enfin, parce que la victime avait été présentée comme la cliente connaissant un vaste éventail de problèmes très graves exigeant une intervention prompte et intensive, c'est sur elle qu'a été principalement axée la thérapie, du moins dans les premiers temps. Il était donc difficile pour la thérapeute d'accorder l'attention voulue au partenaire, qui avait aussi tendance à croire qu'il serait inacceptable, injuste et dommageable sur le plan thérapeutique de s'attendre à ce que la victime et la thérapeute lui consacrent du temps. Les observations faites par le partenaire et citées à la partie 10 du manuel présentent un point de vue fort utile sur cette question.

C'est en partie à cause des expériences de ce partenaire, au tout début du programme de l'U. du M., que des séances individuelles régulières et un groupe de mise en situation et de transition pour les partenaires ont été ajoutées aux autres interventions avec les couples dont il est question à la partie 4 du manuel. Il conviendrait de faire une enquête plus complète et rigoureuse sur cet éventail d'interventions et sur les nombreuses autres questions complexes mettant en jeu le partenaire dont nous avons traité dans cette section.

Ordre de traitement des problèmes

Dans le programme de l'U. de M., l'ordre le plus courant de traitement des principaux problèmes était le suivant: troubles d'humeur, problèmes de relations interpersonnelles et dysfonctions sexuelles, même si cela était assujetti aux lignes directrices présentées à la partie 2 du manuel et même si des problèmes de grande priorité devaient parfois passer avant ou du moins être traités en même temps. L'établissement de cet ordre de traitement des problèmes tient à plusieurs raisons. Tout d'abord, il semble opportun de corriger les tendances à la culpabilisation et à la dénigration de soi résultant d'une agression sexuelle passée pour libérer la victime de ce fardeau avant qu'elle ne tente de régler ses problèmes sexuels ou interpersonnels actuels. Il semble également que le traitement fructueux d'une dysfonction sexuelle exige ordinairement d'atténuer tout d'abord des troubles d'humeur et la discorde conjugale (partie 7 du manuel). Enfin, il n'est pas rare qu'un traitement visant à régler des troubles d'humeur s'accompagne du règlement des problèmes sexuels ou conjugaux, éliminant par le fait même la nécessité d'autres séances particulières de thérapie sexuelle ou conjugale (partie 3 du manuel). L'ordre dans lequel les problèmes ont habituellement été traités dans le programme de l'U. du M. semble donc convenable, mais il serait utile d'explorer la faisabilité et l'efficacité de cet ordre et d'autres séquences, dans le but tout spécialement de déterminer s'il est possible d'écourter l'intervention thérapeutique sans nuire à son efficacité.

Thérapie de groupe

Les principales formes de traitement employées dans le programme de l'U. du M. étaient des séances individuelles ou de couples, bien que certaines victimes aient également participé à un groupe de formation pour l'affirmation de soi. Certains participants ont par la suite recommandé d'inclure dans le

programme une certaine forme de séances collectives, et les avantages éventuels de cette formule sont signalés à la partie 2 du manuel. Il semble donc souhaitable d'envisager la prestation de séances de thérapie de groupe dans les programmes destinés aux victimes.

Parmi les nombreuses questions de planification du traitement que cela soulève, signalons notamment celle de savoir si cette forme de thérapie doit remplacer les interventions individuelles ou auprès de couples, ou s'y ajouter. Certaines victimes ne peuvent ou ne veulent assister et participer à un groupe, et il se peut qu'il n'y ait pas suffisamment de victimes pour créer un groupe à un moment donné, et c'est pourquoi il est important de conserver les formules de thérapie individuelle ou auprès des couples pour ceux qui en ont besoin ou qui préfèrent cette formule. Une autre question qui se pose est celle de savoir si certaines victimes peuvent obtenir, dans le contexte d'un groupe, l'attention et le soutien nécessaires pour répondre à leurs besoins individuels (voir par exemple, Herman et Schatzow, 1984). Par contre, dans la mesure où la thérapie de groupe peut remplacer la thérapie individuelle ou de couple, cela peut constituer un moyen d'économiser des ressources professionnelles rares. Bref, il importe de mener des enquêtes exhaustives et rigoureuses sur la façon dont la thérapie de groupe peut être assurée de façon optimale dans le contexte de programmes destinés aux femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle et à leur partenaire.

Sexe du thérapeute

Dans la plupart des cas, c'est une thérapeute qui a assuré la thérapie individuelle et auprès de couples dans le programme de l'U. de M., et par conséquent la seule information dont nous disposons sur l'influence du sexe du thérapeute nous vient de ceux qui ont participé au groupe de formation à l'affirmation de soi et qui ont trouvé que la présence d'un cothérapeute du sexe masculin leur était utile. Certains avantages et désavantages éventuels que suppose le recours à un ou une thérapeute sont examinés à la partie 2 du manuel, où l'on conclut en posant les hypothèses de travail suivantes: (a) dans l'ensemble, les participants favorisent des thérapeutes du sexe féminin, (b) la participation d'un thérapeute est toutefois souhaitable lorsque la victime éprouve des difficultés dans ses relations avec les hommes et (c) l'établissement d'équipes de thérapie composées d'un homme et d'une femme vaut la peine d'être examiné, surtout lorsque le partenaire de la victime participe aux séances de thérapie. Il conviendrait de faire un examen systématique de

ces hypothèses et d'hypothèses connexes en ce qui a trait au sexe des thérapeutes, si ce n'est que parce que le bassin de thérapeutes disponibles est plus important si l'on ne pose pas comme restriction le recours à des femmes.

Conclusion

Il semble raisonnable d'affirmer que la méthode de traitement utilisée pour les troubles d'humeur dans le programme de l'U. du M. s'est révélée faisable, acceptable et efficace pour beaucoup de victimes, bien qu'elle puisse certes être reprise dans d'autres contextes cliniques. Les méthodes utilisées pour les problèmes de relations interpersonnelles et de dysfonctions sexuelles, bien qu'apparemment prometteuses, ne sont pas encore aussi bien établies et devront être mises au point et évaluées.

Lorsqu'une méthode se révèle un moyen efficace de traiter certains problèmes particuliers auprès de clients donnés, il y a plusieurs autres questions de recherche clinique qui se posent, dont les suivantes:

(a) Quels sont les éléments nécessaires et suffisants de la méthode qui contribuent à son efficacité? Une fois ces éléments indispensables cernés, il est possible de raffiner le traitement en optimisant ces éléments et en éliminant ceux qui sont superflus.

(b) Quelles répercussions a sur l'efficacité de la méthode de traitement le fait de varier certains paramètres, comme la durée ou l'espacement des séances? Cette information peut servir à accroître l'efficacité de la prestation.

(c) Quelles répercussions a sur l'efficacité de la méthode de traitement le fait de changer les clients ou les thérapeutes? Comme exemples de sujets de recherche sous cette rubrique, signalons l'application de la méthode à des victimes du sexe masculin ou à des groupes de victimes et le recours à des hommes thérapeutes.

(d) Cette méthode de traitement est-elle vraiment efficace comparativement à d'autres? Ce n'est que lorsqu'une méthode s'est révélée efficace qu'il vaut la peine d'entreprendre des études comparatives, qui exigent ordinairement des ressources considérables.

Comme toute recherche, par conséquent, le programme de l'U. du M. ne constitue qu'une étape d'un processus permanent d'enquête qui servira à améliorer progressivement la qualité de l'aide qui peut être offerte aux nombreuses personnes troublées qui ont été victimes d'une agression sexuelle dans l'enfance.

RÉFÉRENCES

Baker, A.W., et Duncan, S.P. (1985). Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. Child Abuse and Neglect, 9, 457-467.

Finkelhor, D. (1984). Child sexual abuse: New theory and research. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1986). Abusers: Special topics. In D. Finkelhor, A Sourcebook on child sexual abuse (pp. 119-142). Beverly Hills: Sage.

Groth, N.A., et Burgess, A.W. (1979). Sexual trauma in the life histories of rapists and child molesters. Victimology, 4, 10-16.

Herman, J., et Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. International Journal of Group Psychotherapy, 34, 605-616.

Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada (1984). Deux volumes. Ottawa, Approvisionnements et Services, Canada.

Langevin, R., Handy, L., Hook, H., Day, D., et Russon, A. (1983). Are incestuous fathers pedophilic and aggressive? Dans R. Langevin (Ed.), Erotic preference, gender identity and aggression. New York: Eribaum Associates.

Lewis, I.A. (1985). [Los Angeles Times Poll #98]. Données brutes non publiées.

Newton, D. (1978). Homosexual behavior and child molestations: A review of the evidence. Adolescence, 13, 29-43.

Rogers, C.M., et Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. Dans I.R. Stuart et J.G. Greer (Eds.). Victims of sexual aggression: Treatment of children, women and men (pp. 91-104). New York:
Van Nostrand Reinhold.

Sgroi, S.M. (1982). Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. Lexington, MA: Heath.

ANNEXE A

Extrait de Jehu, D.

Therapy with women who were sexually abused in childhood

Jusqu'à récemment, l'agression sexuelle contre les enfants était généralement considérée comme un phénomène rare et les bruits qui pouvaient courir au sujet de sa manifestation tendaient à être attribués à des fantasmes liés au complexe d'Oedipe (Masson, 1984; Rosh, 1980). Mais nous savons maintenant qu'elle n'est pas rare et que les bruits qui peuvent courir à ce sujet tiennent plus de la réalité que de l'imaginaire. Notre but, dans ce chapitre, n'est pas d'examiner en détail la preuve au sujet de l'étendue de ce phénomène (voir Peters, Wyatt et Finkelhor, 1986; Russell, 1986), mais plutôt de présenter certaines des meilleures constatations établies au sujet de sa manifestation parmi les femmes aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne, en vue de présenter le contexte utile à une discussion ultérieure au sujet de la nature de l'agression sexuelle, des problèmes psychosociaux qui y sont parfois liés et du traitement de ces problèmes chez les femmes.

Fréquence du phénomène aux États-Unis

Lewis (1985) a mené la seule étude fondée sur un échantillon au hasard de la population de tous les États-Unis. Grâce à une entrevue téléphonique d'une durée d'une demi-heure, l'auteur a sondé la connaissance, les attitudes et l'expérience personnelle de 1374 femmes en ce qui a trait à l'agression sexuelle dans l'enfance. Parmi les répondantes, 27 p. 100 ont déclaré avoir été victimes d'une forme ou d'une autre d'agression sexuelle durant leur enfance.

Deux autres études ont été réalisées grâce à des échantillons pris au hasard parmi des populations plus restreintes. À San Francisco, Russell (1983, 1986) a obtenu des échantillons de 930 femmes, ce qui représentait un taux de réponse de 50 p. 100. L'auteur a mené avec chaque répondante une entrevue en personne d'une durée moyenne d'une heure 20 minutes. Dans le comté de Los Angeles, Wyatt (1985) a obtenu un échantillon de 248 femmes, ce qui représentait un taux de réponse de 55. p. 100. Elle a mené avec chacune des répondantes une entrevue en personne qui a duré de trois à huit heures.

Dans l'étude de Russell, "<u>l'agression sexuelle contre un enfant dans un contexte extrafamilial</u> était définie comme une ou plusieurs expériences sexuelles non voulues avec des personnes n'étant pas liées par le sang ou le mariage, allant du pelotage (le fait de toucher les seins ou les parties génitales, ou de tenter de le faire) au viol, avant que la victime n'atteigne l'âge de 14 ans, ou le viol ou la tentative de viol entre les âges de 14 à 17 ans (inclusivement) ... <u>l'agression sexuelle contre un enfant dans un contexte familial</u> était définie comme tout contact sexuel exploiteur se

produisant entre les membres d'une famille, quel que soit le lien de parenté, avant que la victime n'atteigne l'âge de 18 ans. N'étaient toutefois pas considérées comme exploiteuses les expériences incluant un contact sexuel avec un membre de la famille qui étaient voulues et avec un pair, comme dans le cas des jeux sexuels entre cousins ou frère et soeur du même âge environ. Une relation était dite entre pairs quand la différence d'âge était inférieure à cinq ans." (1983, p. 135-136). Au départ, Wyatt a utilisé une définition légèrement différente de l'agression dans le contexte extrafamilial, mais elle a recalculé ses taux de fréquence selon la définition de Russell et fourni les taux pour les deux études (Wyatt et Peters, 1986a), ainsi qu'on peut les voir au Tableau 1.1.

En résumé donc Russell, Wyatt et Peters et Lewis ont respectivement déclaré que le taux de fréquence de toutes les formes d'agression sexuelle contre un enfant du sexe féminin aux États-Unis était de 54 p. 100, 53 p. 100 et 27 p. 100. Nous discutons dans la conclusion de ce chapitre de certaines des raisons qui expliquent éventuellement cette divergence entre les taux; quoi qu'il en soit, il semble clair qu'une proportion appréciable d'Américaines sont victimes d'agression sexuelle.

TABLEAU 1.1: Fréquence de l'agression sexuelle contre des enfants à San Francisco (Russell, 1983) et Los Angeles (Wyatt et Peters, 1986a)

	San Francisco		Los Angeles	
	n	%	n	%
Agression avec contact				
Dans la famille:				
Jusqu'à l'âge de 13 ans	109	12	42	17
Jusqu'à l'âge de 17 ans	152	16	51	21
Extrafamiliale:				
Jusqu'à l'âge de 13 ans	189	20	57	23
Jusqu'à l'âge de 17 ans	290	31	69	29
Dans la famille ou extrafamiliale:				
Jusqu'à l'âge de 13 ans	258	28	89	36
Jusqu'à l'âge de 17 ans	357	38	104	42
Agression avec et sans contact				
Jusqu'à l'âge de 13 ans	450	48	117	47
Jusqu'à l'âge de 17 ans	594	54	131	53

Remarque. Les données des colonnes 1 à 4 sont tirées de "Issues in the Definition of Child Sexual Abuse in Prevalence Research" de G.E. Wyatt et S.D. Peters, 1986, Child Abuse and Neglect, 10, p.237. Copyright 1986, Pergamon Press, adapté avec la permission.

Fréquence au Canada

Au Canada, 1006 femmes constituant un échantillon au hasard tiré de la population générale ont rempli un questionnaire livré et cueilli par un membre du personnel du sondage. Les répondantes représentaient un taux de réponse d'environ 94 p. 100. Parmi celles-ci, 23 p. 100 ont déclaré que quelqu'un avait touché à une "partie sexuelle" de leur corps sans qu'elles l'aient voulu et 22 p. 100 ont affirmé qu'une personne avait essayé d'avoir une relation sexuelle avec elles, quand elles-mêmes ne le voulaient pas ou qu'elles avaient été attaquées sexuellement. Dans environ les deux tiers des cas, les actes sexuels non voulus dans ces deux catégories se sont produits lorsque les victimes étaient âgées de moins de 18 ans et, dans un tiers des cas, lorsqu'elles étaient âgées de moins de 14 ans (Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada, 1984). C'est donc dire qu'une proportion appréciable de Canadiennes ont été victimes d'une agression sexuelle supposant un contact physique durant l'enfance.

Fréquence en Grande-Bretagne

En Grande-Bretagne, Baker et Duncan (1985) ont étudié un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 1049 femmes, interviewées chacune en personne. Les auteurs ont demandé aux répondantes si elles avaient été victimes d'une agression sexuelle définie comme suit: "Un enfant (toute personne âgée de moins de 16 ans) est victime d'une agression sexuelle quand une autre personne, ayant atteint la maturité sexuelle, fait participer l'enfant à une activité qui, à son avis, provoquera leurs désirs sexuels. Cela peut inclure des rapports sexuels, des attouchements, l'exhibition des organes génitaux, le fait de montrer des documents pornographiques ou de parler de façon érotique de choses sexuelles" (Baker et Duncan, 1985, p. 458). Les répondantes ont répondu affirmativement dans une proportion de 12 p. 100, tandis qu'un autre groupe représentant 12 p. 100 d'entre elles a refusé de répondre à la question. Parmi celles qui ont avoué avoir été victimes d'une agression sexuelle, 40 p. 100 ont dit qu'il y avait eu contact physique, dans 14 p. 100 des cas, dans le contexte familial. Les taux de fréquence semblent généralement inférieurs à ceux rapportés aux États-Unis et au Canada, mais l'agression sexuelle contre les enfants n'est manifestement pas un phénomène rare en Grande-Bretagne.

Conclusion

Les écarts entre les taux de fréquence signalés à l'intérieur d'un pays et entre pays peuvent être attribuables à une combinaison de différences dans les définitions, dans l'échantillonnage et dans les méthodes utilisées (Peters, Wyatt et Finkelhor, 1986; Wyatt et Peters,1986a, 1986b).

Parmi les différences qui existent quant à la définition de l'agression sexuelle contre les enfants utilisée dans les diverses études, signalons l'âge limite supérieur adopté pour les victimes de ces agressions, le fait que les agressions qui ne supposent pas de contact physique, comme l'exhibitionnisme ou le racolage, sont inclus ou non et les critères dont on se sert pour déterminer s'il y a effectivement eu agression, comme le degré auquel l'acte n'est pas voulu ou est forcé, et la différence d'âge retenue entre la victime et l'agresseur.

Les différences quant aux caractéristiques des échantillons utilisés dans les diverses études peuvent aussi contribuer aux écarts entre les taux de fréquence signalés. Parmi les caractéristiques qui peuvent être importantes sur ce plan, signalons la gamme d'âge des sujets et leur degré de scolarité, la situation socio-économique, l'origine ethnique et l'emplacement géographique.

Enfin, les différences entre les méthodes utilisées dans les diverses études peuvent aussi expliquer les écarts entre les taux de fréquence. Il peut par exemple y avoir des différences quant aux techniques utilisées pour constituer les échantillons, entre les taux de réponses obtenues pour la participation à l'étude, entre le genre et le nombre de questions posées au sujet de l'agression sexuelle, ou encore quant à la façon dont les questions sont posées, à savoir soit au moyen d'un questionnaire que doit remplir le répondant, soit au moyen d'une entrevue en personne ou au téléphone.

Malgré ces écarts entre les taux de fréquence, qui peuvent être attribués à l'une ou l'autre des raisons dont nous venons de discuter, il est clair que l'agression sexuelle contre les enfants est un phénomène répandu parmi les femmes de la population générale de plusieurs pays. Pour les cliniciens, cela signifie qu'ils peuvent être à peu près certains de retrouver parmi leur clientèle des femmes qui ont vécu cette expérience. De plus, comme nous en discutons dans les chapitres qui suivent, les femmes qui ont déjà été victimes d'une agression sexuelle tendent à être surreprésentées dans beaucoup de groupes clients; il est fort probable que l'agression passée contribue à leurs problèmes psychosociaux actuels, et c'est pourquoi celle-ci doit être prise en compte dans toute tentative thérapeutique de régler ces problèmes.

ANNEXE B

Extrait de Jehu, D.

Therapy with women who were sexually abused in childhood

Dans les parties 2, 3 et 4 du livre, nous signalons des taux de fréquence très élevés en ce qui concerne les différents troubles d'humeur, problèmes de relations interpersonnelles et dysfonctions sexuelles parmi les femmes victimes d'agression sexuelle incluses dans le groupoe de l'U. de M. et dans d'autres échantillons cliniques.

Manifestement, les femmes qui décident de prendre part à des séances de thérapie sont susceptibles d'afficher des troubles et on ne peut donc pas généraliser leurs taux de fréquence aux autres victimes qui n'ont pas cherché à se faire traiter. Il n'existe à l'heure actuelle que très peu d'éléments de preuve quant à la proportion des victimes d'agression sexuelle qui éprouvent des problèmes psychosociaux à l'âge adulte. Le sondage effectué par Baker et Duncan (1985) auprès de la population britannique et décrit au chapitre 1 est une des sources de données les plus éducatives que nous ayons jusqu'à maintenant. Parmi les 119 femmes victimes d'agression sexuelle, 61 (57. p. 100) estimaient que l'agression avait été désagréable et dommageable au moment où elle s'était produite, mais qu'elles n'avaient pas eu de répercussions à long terme, 16 (13 p. 100) estimaient qu'elle avait causé des dommages permanents et à long terme, 40 (34 p. 100) croyaient qu'elles n'avaient eu aucun effet et 2 (2 p. 100) croyaient que cela avait amélioré la qualité de leur vie. C'est l'agression dans la famille et de nature répétée, ayant commencé avant l'âge de 10 ans, qui semblait particulièrement liée à un dommage permanent apparent. De même, Russell (1986) a fait état de 187 cas d'agression sexuelle à l'intérieur de la famille, décrits par 152 victimes provenant de son échantillon au hasard de la population de San Francisco. Dans une proportion de 33 p. 100, les sujets ont décrit ces expériences comme étant extrêmement affligeantes, tandis que 20 p. 100 les ont qualifiées de très affligeantes, 27 p. 100 de passablement affligeantes, 12 p. 100 comme n'étant pas très affligeantes et 9 p. 100 comme n'étant aucunement affligeantes. Vingt-cinq p. 100 des expériences ont été décrites comme ayant de très fortes répercussions à long terme, 26 p. 100 comme ayant certaines répercussions, 27 p. 100 comme n'ayant peu de répercussions et 22 p. 100 comme n'ayant aucune répercussion à long terme. Dans l'étude de Baker et Duncan, 13 p. 100 des victimes ont donc jugé que l'agression sexuelle avait causé des dommages permanents, tandis que dans l'étude de Russell, 25 p. 100 des expériences ont été décrites comme ayant de très fortes répercussions à long terme. On a donc manifestement besoin de taux de fréquence plus rigoureusement établis pour des problèmes mieux définis au sein d'échantillons représentatifs de femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle.

Le projet de l'U. du M. consiste surtout en une étude du traitement plutôt que de l'épidémiologie des problèmes associés à l'agression sexuelle dans l'enfance. C'est pourquoi nous n'avons pas inclus des groupes de comparaison composés de femmes n'ayant pas été victimes d'agression et (a) participant à des séances de thérapie, ou (b) faisant partie de la population en général. Il est donc impossible de faire des comparaisons entre les taux de fréquence des divers problèmes psychosociaux relevés parmi les victimes ayant participé au projet de l'U. de M. et ceux enregistrés parmi les femmes n'ayant pas été victimes d'agression et faisant partie d'autres groupes cliniques ou non cliniques. Des comparaisons du genre entre échantillons de femmes victimes ou non victimes d'agression ont déjà été faites dans d'autres enquêtes citées aux parties 2, 3 et 4, et elles sont indispensables pour déterminer dans quelle mesure l'agression sexuelle exerce une influence pathogénique qui vient s'ajouter à celle des autres événements de la vie des victimes.

Même lorsque l'agression sexuelle semble être liée à une pathologie accrue à l'âge adulte, il est difficile de déterminer dans quelle mesure cela est attribuable aux actes sexuels comme tels plutôt qu'aux circonstances qui entourent l'agression, comme les réactions négatives des parents à la divulgation, dont il est question au chapitre 2, et le contexte familial défavorable, examiné au chapitre 3.

En résumé, on a enregistré de l'U. du M. des taux de fréquence très élevés en ce qui concerne une gamme de problèmes psychosociaux, mais on ne peut généraliser ces taux et les appliquer à des victimes qui n'ont pas participé à des séances de thérapie, ni les comparer aux taux enregistrés pour des problèmes semblables parmi les femmes qui n'ont pas été victimes d'agression. De plus, même si ces problèmes sont plus répandus parmi les femmes victimes d'agression sexuelle, on ne sait pas exactement dans quelle mesure cela est dû aux actes sexuels mêmes plutôt qu'aux autres circonstances entourant l'agression. Malgré ces restrictions, il n'en demeure pas moins que les femmes incluses dans le projet de l'U. du M. éprouvaient beaucoup de problèmes.

ANNEXE C

Exposés faits lors de conférences et d'ateliers

1986	avril	Service de counseling aux étudiants Université du Manitoba Winnipeg (Manitoba)
1985	mai	Service des soins et du développement de l'enfant Ministère de l'Éducation Province du Manitoba Winnipeg (Manitoba)
	avril	Collège communautaire de Red River École des sciences infirmières Winnipeg (Manitoba)
	mars	Faculté d'écologie humaine Département des études de la famille Université du Manitoba Winnipeg (Manitoba)
	février	Counselling the Sexual Abuse Survivor Conférence parrainée par la Klinic Community Services, Inc. Winnipeg (Manitoba)
	janvier	Institut de pastorale interconfessionnelle Université de Winnipeg Winnipeg (Manitoba)
1984	novembre	Société Elizabeth Fry du Manitoba Winnipeg (Manitoba)
	septembre	Cinquième congrès international sur l'agression contre les enfants Montréal (Québec)
	juin	CBC Winnipeg - "24 Hours" Winnipeg (Manitoba)
	avril	Centre d'éducation de Winnipeg Université du Manitoba - programme d'éducation permanente Winnipeg (Manitoba)
	avril	Conférence annuelle de la Manitoba Behavior Modification Association Winnipeg (Manitoba)
	mars	Native Child Welfare Urban Coalition Winnipeg (Manitoba)
	février	CBC Winnipeg - émission télévisée "Take 30" Winnipeg (Manitoba)

1984	février	Institute for the Advanced Study of Human Sexuality San Francisco (Californie)
	janvier	Société d'aide à l'enfance de Winnipeg Service des enfants victimes d'agression Winnipeg (Manitoba)
1983	décembre	Département de psychologie Université de Winnipeg et Manitoba Behavior Modification Association Winnipeg (Manitoba)
	novembre	Hôpital de Saint-Boniface Conférence d'une journée sur la gynécologie Winnipeg (Manitoba)
	novembre	Collège communautaire de Red River Programme de services des soins de l'enfant Winnipeg (Manitoba)
	novembre	Conférence "Focus on Women" Winnipeg (Manitoba)